

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PAR

MARIE COLLET

L'ENGAGEMENT DES ÉLÈVES ET LA PARTICIPATION DES PARENTS ET DES
ENSEIGNANTS DANS DEUX STRATÉGIES D'ÉDUCATION À LA SANTÉ AU
PRÉSCOLAIRE ET AU PRIMAIRE

DÉCEMBRE 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Cette recherche a pour but de décrire l'engagement des élèves ainsi que la participation des parents et enseignants dans deux stratégies d'éducation à la santé en jetant un regard particulier sur les relations s'établissant entre ces différents acteurs. Le problème origine des constats alarmants concernant les habitudes de vie des jeunes qui ont amené le ministère de l'Éducation au Québec à interpeller les intervenants en milieu scolaire pour qu'ils assument un mandat officiel en matière d'éducation à la santé. Bien que les écoles québécoises mettent de l'avant de nombreuses initiatives pour aider les élèves à adopter un mode de vie sain et actif, l'inclusion de l'éducation à la santé en milieu scolaire soulève encore un certain nombre de défis. D'une part, les enseignants se disent mal outillés face à leur mandat concernant la santé des jeunes. D'autre part, la participation des parents au soutien de leur enfant dans des activités de promotion d'un mode de vie sain et actif apparaît comme un défi majeur.

Dans le cadre de cette étude, 294 élèves du préscolaire à la 5^e année du primaire ont participé à l'expérimentation de deux stratégies d'éducation à la santé durant six semaines consécutives. Grâce à un partenariat initié par le directeur de l'établissement, ces deux stratégies d'éducation à la santé ont été élaborées en collaboration avec les enseignants de l'école. Il s'agit du cahier-santé et du quadrathlon-santé, deux stratégies d'engagement actif à court terme constituées de défis visant l'adoption de saines habitudes de vie par les élèves. Les données recueillies proviennent du cahier-santé des élèves, du quadrathlon-santé, du questionnaire destiné aux parents ($n=127$) ainsi que des entrevues semi-structurées réalisées avec certains enseignants ($n=4$) et le directeur d'établissement. Le cadre conceptuel de la présente étude s'inspire des variables du

modèle d'intervention de Brunelle et al. (1988) et de celui de l'influence partagée d'Epstein (1992; 1996; 2001). L'analyse des données fait ressortir cinq profils d'engagement des élèves lorsqu'ils participent à des stratégies d'engagement actif à court terme. Lors de l'expérimentation, plus de la moitié des élèves se sont engagés adéquatement dans la réalisation des stratégies proposées. Certains facteurs peuvent expliquer le profil d'engagement adopté par l'élève. D'une part, le type de stratégie semble avoir un impact sur l'engagement des élèves. En effet, les élèves s'engagent davantage lorsque la stratégie est collective (quadrathlon-santé) plutôt qu'individuelle (cahier-santé). D'autre part, le soutien des parents constitue un facteur motivant pour les élèves qui se montrent plus assidus dans la réalisation de leurs défis. Enfin, il est intéressant de noter qu'après seulement six semaines d'expérimentation, certains élèves ont pris conscience de leurs habitudes de vie et ont amorcé des changements dans leurs comportements.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude n'aurait pas été possible sans l'aide de précieux collaborateurs. Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Marie-Claude Rivard, professeure au département des sciences de l'activité physique de l'Université du Québec à Trois-Rivières. À titre de directrice, elle a été un guide de choix tout au long de mes études de maîtrise. Je lui suis très reconnaissante pour la qualité de son encadrement, ses conseils judicieux, son expertise, sa grande disponibilité et son soutien remarquable.

J'adresse également mes plus sincères remerciements à ma co-directrice, Madame Mireille Blais, professeure au département des sciences de l'activité physique de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Grâce à son dynamisme et à ses questionnements, elle a su me motiver tout au long de cette démarche. Merci de m'avoir rappelée à l'ordre quand venait le temps de le faire!

Un grand merci au directeur d'établissement qui m'a ouvert les portes de son école ainsi qu'à tous les enseignants, élèves et parents qui ont participé à mon étude. Sans eux, cette étude n'aurait pu être réalisée.

Un merci tout spécial à Darryl, mon époux, pour son soutien inestimable à chaque étape de cette belle aventure.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES	viii
CHAPITRES	
I. INTRODUCTION.....	1
Problématique	1
Les habitudes de vie des jeunes : des constats alarmants.....	1
Pourquoi la situation semble si préoccupante chez les jeunes?.....	4
L'influence des parents sur les habitudes de vie de leur enfant	6
L'école : un milieu particulièrement interpellé.....	8
Le programme de formation de l'école québécoise	10
Problème de recherche.....	12
L'éducation à la santé : une responsabilité partagée entre l'école et le milieu familial	12
Le besoin des enseignants d'être mieux outillés	15
Cadre conceptuel.....	17
Le modèle d'intervention	17
Le modèle de l'influence partagée	19
Cadre conceptuel spécifique à la présente étude.....	21

But et questions de recherche	24
II.MÉTHODOLOGIE.....	26
Origine de l'étude : un partenariat initié par l'école	26
Description du milieu.....	26
Caractéristiques des participants.....	28
Les élèves.....	28
Les membres du personnel.....	29
Instruments de collecte des données.....	30
Les deux stratégies d'éducation à la santé	30
Le questionnaire destiné aux parents d'élèves	36
Les entrevues avec des membres du personnel de l'école	36
Stratégie d'analyse des données.....	37
Analyse des données qualitatives.....	37
Analyse des données quantitatives.....	38
III.RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION.....	39
Rappel du but de l'étude et des thèmes de recherche	39
Description des habitudes de vie des élèves	40
Les habitudes alimentaires des élèves.....	40
Les habitudes de pratique d'activité physique des élèves	42
Les habitudes de sommeil des élèves.....	45
Les connaissances des élèves relatives à la santé.....	48
Profils d'engagement des élèves.....	49
Au cours l'expérimentation du cahier-santé.....	50
Au cours de l'expérimentation du quadrathlon-santé	56

Soutien des adultes.....	60
Les parents	60
Les enseignants	64
Influence de la participation des parents et des enseignants sur l'engagement des élèves	66
Perceptions des parents et des enseignants	69
L'engagement des élèves	69
Des changements dans le comportement et les attitudes des élèves	72
IV. DISCUSSION ET CONCLUSION.....	76
Un milieu facilitant la mise en œuvre de stratégies d'éducation à la santé.....	76
Deux stratégies mobilisatrices : le cahier-santé et le quadrathlon-santé.....	78
Des interactions entre les différents acteurs.....	80
Des changements perceptibles chez les élèves.....	81
Des pistes de recherches futures	83
RÉFÉRENCES.....	86
ANNEXES.....	99
A. Formulaire de consentement destiné aux parents.....	99
B. Questionnaire à l'intention des parents.....	102
C. Guides d'entrevue.....	105
D. Questionnaire sur les habitudes de vie des élèves.....	112

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX

1. Répartition des élèves en fonction de leur niveau scolaire et de leur sexe.....	28
2. Répartition des membres du personnel de l'école selon leur statut et leur sexe.....	29
3. Instruments de collecte de données selon les questions de recherche posées	31
4. Profils d'engagement adoptés par les élèves selon la stratégie expérimentée.....	60
5. Participation des parents selon le niveau scolaire de leur enfant.....	61
6. Commentaires laissés par les parents selon la stratégie expérimentée et le niveau scolaire de l'enfant	62
7. Engagement des élèves perçu par les parents selon le niveau scolaire.....	70

LISTE DES FIGURES

FIGURES

1. Compétence disciplinaire en ÉPS « adopter un mode de vie sain et actif »	12
2. Modèle d'intervention incluant les variables associées aux trois dimensions des conditions d'enseignement-apprentissage	18
3. Traduction du modèle de l'influence partagée	19
4. Cadre conceptuel spécifique à l'étude inspiré des modèles de Brunelle et al. (1988) et d'Epstein (2001)	23
5. Extrait d'une page du cahier-santé : défis pour les élèves du 1 ^{er} cycle	33
6. Extrait du cahier-santé : section défis pour le préscolaire	34
7. Exemple d'une feuille de compilation individuelle du quadrathlon-santé	35
8. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les élèves selon leur niveau scolaire	41
9. Consommation quotidienne de trois verres d'eau et plus chez les élèves selon leur niveau scolaire	42
10. Pourcentage des élèves qui vont jouer dehors chaque jour selon leur niveau scolaire	43
11. Pourcentage d'élèves qui font au moins 20 minutes d'activité physique cinq fois et plus chaque semaine en dehors des cours d'ÉPS selon leur sexe	44
12. Pourcentage des élèves qui vont à l'école à pied tous les jours selon leur niveau scolaire	45
13. Pourcentage des élèves qui dorment au moins 10 heures la plupart des nuits selon leur niveau scolaire	46
14. Élèves ayant des difficultés à s'endormir selon leur sexe	47

15. Pourcentage d'élèves qui ressentent de la fatigue durant la journée quelques fois par semaine et plus selon leur sexe.....	47
16. Nombres de minutes quotidiennes d'activité physique que les élèves pensent devoir faire quotidiennement.....	48
17. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil non-engagé lors de la réalisation du cahier-santé selon leur niveau scolaire	51
18. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil partiellement engagé lors de la réalisation du cahier-santé selon leur niveau scolaire	52
19. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil irrégulier lors de la réalisation du cahier-santé selon leur niveau scolaire	53
20. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil irrégulier lors de la réalisation du cahier-santé selon leur sexe.....	53
21. Exemple de cahier d'un élève avec un profil d'engagement régulier (1 ^{er} cycle)	54
22. Exemple de cahier d'un élève avec un profil d'engagement transformé (2 ^e cycle)	55
Figure 23. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil non-engagé lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur niveau scolaire.....	57
24. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil non-engagé lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur sexe.....	57
25. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil partiellement engagé lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur niveau scolaire	57
26. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil irrégulier lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur niveau scolaire.....	58
27. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil régulier lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur niveau scolaire.....	59

28. Engagement des élèves selon le suivi de leurs parents dans l'expérimentation du cahier-santé.....	68
29. Engagement des élèves selon le suivi de leurs parents dans l'expérimentation du quadrathlon-santé	67
30. Relations au sein du trio élève, parent et enseignant.....	68
31. Changements perceptibles dans le comportement et les attitudes des enfants par les parents	72
32. Habitudes de vie des élèves pour lesquelles des changements sont perceptibles par les parents	73

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Problématique

Les habitudes de vie des jeunes : des constats alarmants

La pratique d'activité physique

L'adoption d'habitudes de vie néfastes par les jeunes préoccupe plusieurs chercheurs et intervenants dans les domaines de l'éducation et de la santé. Ce phénomène fait l'objet de nombreuses recherches, notamment concernant le problème du désengagement des jeunes face à l'activité physique. Les conclusions sont inquiétantes. Par exemple, Craig et Cameron (2004) soulignent qu'au Canada, plus de la moitié des jeunes (56%) de 12 à 19 ans sont inactifs. Au Québec, la situation est tout aussi alarmante puisque 63% des jeunes de cette tranche d'âge n'atteignent pas le niveau minimal d'activité physique quotidienne recommandé (Craig et Cameron, 2004). En effet, un jeune devrait faire un minimum de 60 minutes d'activité physique quotidiennement pour avoir une bonne santé ainsi qu'une croissance optimale (Strong, Malina, Blimkie, Daniels, Dishman, Gutin, Hergenroeder, Must, Nixon, Pivarnik, Rowland, Trost et Trudeau, 2005). Autre constat inquiétant, le nombre de jeunes actifs diminue considérablement entre la fin du primaire et la fin du secondaire. Par exemple,

en Mauricie et au Centre-du-Québec, 48% des jeunes de secondaire I font de l'activité physique moins de trois fois par semaine et ce pourcentage passe à 67% en cinquième secondaire, filles et garçons confondus (Coderre et Leclerc, 2005).

L'intérêt prononcé des jeunes pour les loisirs qui ne demandent que peu ou pas d'effort physique tels que regarder la télévision, naviguer sur Internet et jouer à des jeux vidéo ou à l'ordinateur n'est certainement pas étranger à leur désengagement face à la pratique de l'activité physique. Selon Cameron, Craig et Paolin (2005), les Canadiens de 5 à 14 ans passent en moyenne deux heures devant la télévision et 50 minutes à jouer à l'ordinateur ou à des jeux vidéo quotidiennement. Lors des fins de semaine, ces mêmes jeunes restent trois heures devant leur téléviseur et plus d'une heure par jour à jouer à l'ordinateur ou à des jeux vidéo. D'après la même étude, les parents révèlent qu'un jeune sur trois préfère les jeux vidéo ou la télévision aux activités physiques. Par ailleurs, l'accès facile et parfois obligatoire aux moyens de transports motorisés (voiture, autobus scolaires) réduit aussi les occasions pour les jeunes de faire de l'activité physique régulièrement. Malheureusement, seulement 28% des jeunes de 5 à 17 se rendent quotidiennement à l'école en utilisant un mode de transport actif (Craig, Cameron, Russell et Beaulieu, 2001). De manière plus générale, Nolin et Hamel (2005) révèlent que 76% des jeunes Québécois de 12 à 17 ans qui utilisent occasionnellement un moyen de transport actif font usage de la marche comme moyen de transport. Il est intéressant de noter que la bicyclette est un moyen de transport moins utilisé que la marche. En effet, les mêmes auteurs font ressortir que seuls 28% des jeunes de 12 à 17 ans utilisent un moyen de transport actif prennent leur bicyclette pour se déplacer. La

sédentarité grandissante chez la jeune génération québécoise est devenue un réel problème de santé publique (Kino-Québec, 1998; OMS, 2003). L'inactivité physique s'avère extrêmement préoccupante d'autant plus que les jeunes tendent à adopter d'autres habitudes de vie nuisibles.

Les habitudes alimentaires

En ce qui a trait aux habitudes alimentaires des jeunes, 63% des adolescents Canadiens de 15 ans et plus mangent moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour (Craig et Cameron, 2004). Les conclusions de recherche sont tout aussi préoccupantes chez les enfants. À titre d'exemple, une étude menée au Canada révèle qu'à peine trois élèves sur quatre mangent des fruits quotidiennement en 6^e année (King, Boyce et King, 1999). La situation semble encore plus préoccupante au Québec où seulement 9% des enfants de 6 à 8 ans et 5% des 9 à 11 ans consomment le nombre minimal de portions recommandées dans chacun des quatre groupes alimentaires du guide alimentaire Canadien (Bertrand, 2004). Outre la consommation insuffisante de fruits et légumes, une autre problématique alimentaire est observée chez les jeunes Québécois : l'absence du petit déjeuner chez les adolescents. Alors que seulement 2% des enfants de 6 à 11 ans ne déjeunent pas le matin (Stan, 2004), Coderre et Leclerc (2005) font ressortir que cette problématique touche 17% des jeunes du secondaire, soit huit fois plus d'adolescents que d'enfants.

Les habitudes de sommeil

Les autorités médicales recommandent que les enfants de 6 à 12 ans dorment environ 10 heures chaque nuit (Institut national de la santé et de la recherche médicale,

2001). Le sommeil a un rôle essentiel dans la croissance des enfants. En outre, Taras et Potts-Daterma (2005) révèlent que les enfants ayant une quantité de sommeil suffisante performant mieux à l'école que leurs camarades qui dorment moins. D'autres auteurs insistent sur l'importance de la qualité du sommeil pour favoriser un meilleur comportement de l'élève à l'école (Meijer, Habekothé et Van den Wittenboer, 2000). Les données canadiennes et québécoises concernant les habitudes de sommeil des enfants d'âge scolaire sont peu nombreuses. Toutefois, King et ses collègues (1999) font ressortir qu'au Canada, près d'un élève de 6^e année sur quatre éprouve de la difficulté à s'endormir au moins un soir par semaine. De plus, les mêmes auteurs révèlent que 21 % des élèves de 6^e année se sentent fatigués le matin quatre fois par semaine et plus. Ces quelques données nous permettent de nous interroger sur les habitudes de sommeil des jeunes Québécois et leurs conséquences sur leur santé.

Pourquoi la situation semble si préoccupante chez les jeunes?

Habitudes de vie néfastes et leurs impacts sur la santé

L'inactivité physique et la malbouffe semblent prendre de plus en plus de place dans le mode de vie des jeunes. Cette situation est jugée alarmante étant donné l'impact de ces comportements nuisibles sur la santé (Kino-Québec, 1998). Plusieurs chercheurs à travers le monde ont démontré que l'inactivité physique et la malbouffe entraînent l'apparition de nouvelles maladies comme l'obésité et le diabète de type II que l'on retrouve chez une population de plus en plus jeune (Reilly, Methven, McDowell, Hacking, Alexander, Steward et Kelnar, 2003; Tremblay, Katzmarzyk et Willms, 2002).

Les problèmes de poids chez les jeunes Canadiens sont particulièrement inquiétants. En effet, la prévalence de l'embonpoint chez les garçons de 7 à 13 ans est passée de 11% à 33% entre 1981 à 1996 et chez les filles du même groupe d'âge, de 13% à 27% (Tremblay et al., 2002). Ces données sont d'autant plus troublantes que différentes études montrent que les enfants ayant un surplus de poids ont davantage de risques de souffrir d'embonpoint ou d'être obèses à l'âge adulte et d'être touchés par les maladies qui y sont intimement liées (Freedman, Khan, Serdula, Dietz, Srivivisan et Berenson, 2005; Guo, Wu, Chumlea et Roche, 2002).

De récentes études révèlent également l'existence de liens entre le temps de sommeil et l'obésité chez les enfants d'âge scolaire. En effet, une étude australienne montre que les garçons dormant moins de huit heures par nuit sont plus nombreux à souffrir d'embonpoint que ceux qui dorment davantage (Eisenmann, Ekkekakis et Holmes, 2006). Au Québec, Chaput, Brunet et Tremblay (2006) ont démontrés que les enfants de 5 à 10 ans qui dorment moins de huit heures par nuit sont plus susceptibles d'avoir un excès de poids que les autres enfants du même âge.

Une habitude de vie néfaste en entraîne d'autres

Différentes études montrent qu'il existe un lien entre les différentes habitudes de vie adoptées par les jeunes. Par exemple, le temps passé devant la télévision ou les jeux vidéo semble favoriser la consommation insuffisante de fruits et légumes et l'inactivité physique chez les enfants (Lowry, Wechsler, Galuska, Fulton et Kann, 2002). Par ailleurs, le temps passé devant la télévision influence le sommeil des enfants. En effet, certains auteurs révèlent que l'excès de télévision est lié au manque de sommeil chez les

enfants d'âge scolaire (Owens, Maxim, Nobile, McGuinn, Alario et Msall, 1999; Tazawa et Okada; 2001). Une autre étude révèle que les enfants qui préfèrent les loisirs sédentaires font en moyenne 3000 pas de moins chaque jour que ceux qui préfèrent les loisirs actifs (Cameron, Wolfe et Craig, 2007). La sédentarité entraînée par ces loisirs passifs, associée à des collations peu nutritives, favorise la prise de poids chez ces enfants. Ainsi, des études ont démontré que passer plus de deux heures par jour à regarder la télévision ou à jouer aux jeux vidéo représente un facteur de risque d'embonpoint chez les jeunes (Lowry et al., 2002; Tremblay et Willms, 2003). À la lumière de ces résultats, les chercheurs avancent que l'un des moyens qui pourrait permettre la prévention de l'obésité juvénile serait de réduire le temps passé devant la télévision et les jeux vidéo (Lowry et al., 2002; Robinson, 1999).

L'influence des parents sur les habitudes de vie de leur enfant

Concernant la pratique d'activité physique, les résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 font ressortir que les jeunes dont les parents sont physiquement inactifs ont davantage tendance à l'être également (Carrière, 2003). L'étude de Cameron et ses collègues (2007) révèle que les enfants, dont les parents se considèrent moins actifs que les autres parents, font en moyenne 1000 pas de moins que les autres enfants. De plus, lorsqu'il y a au moins un parent actif dans la famille, 64% des enfants de 5 à 14 ans sont eux-mêmes actifs alors que seulement 36% des enfants sont actifs dans les familles où les deux parents sont sédentaires (Kremarik, 2000). Ces résultats font ressortir l'existence d'un lien étroit entre les habitudes

d'activité physique des jeunes et celles de leurs parents. Le processus d'imitation peut expliquer en partie l'existence de cette relation. Toutefois, d'autres facteurs peuvent expliquer ces constats. En effet, Gustafson et Rhodes (2006) soulignent que plus les parents sont actifs, plus ils soutiennent leurs enfants dans leur pratique d'activité physique. Comme le montrent plusieurs chercheurs, il existe une relation positive entre le support que les parents accordent à leurs enfants et le niveau d'activité physique de ces derniers (Davison, Cutting et Birch, 2003; Gustafson et Rhodes, 2006; Sallis, Prochaska et Taylor, 2000). En outre, Trost et ses collaborateurs (2003) font ressortir que l'implication des parents ainsi que la communication qu'ils entretiennent avec leur enfant constituent des prédicteurs de l'atteinte des recommandations en terme d'activité physique par les jeunes.

Différentes études révèlent que les parents jouent également un rôle important en ce qui a trait à l'alimentation de leurs enfants. Les parents peuvent influencer le régime alimentaire de leurs enfants de diverses façons. La disponibilité et la préparation des repas, les comportements alimentaires propres aux parents, leurs interactions avec leurs enfants durant les repas et leur support comptent parmi les facteurs les plus influents (International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2005). Au Québec, l'étude de Carrière (2003) fait ressortir l'existence de liens entre la consommation de fruits et légumes des jeunes et celle de leurs parents. Cette auteure souligne que lorsque les parents consomment moins de cinq portions de fruits et légumes chaque jour, leurs enfants en mangent moins que leurs camarades dont les parents sont des consommateurs quotidiens d'un minimum de cinq fruits et légumes.

Une autre étude démontre que de simples invitations à prendre un fruit entraînent une augmentation de la consommation de fruits chez des jeunes d'âge scolaire (Schwartz, 2007). Ainsi, comme c'est le cas pour les habitudes d'activité physique, les parents ont un impact certain sur les habitudes alimentaires de leurs enfants.

L'école : un milieu particulièrement interpellé

L'importance de mettre en place des stratégies permettant aux enfants d'adopter de saines habitudes de vie dès leur plus jeune âge est abondamment soulevée dans la littérature (Gouvernement du Québec, 2005; Martin et Arcand, 2005; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003). En 1986, lors de la conférence d'Ottawa, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1986) reconnaissait que l'acquisition d'aptitudes permettant de faire des choix favorisant la santé devrait se faire dès l'entrée à l'école. En 2004, l'Organisation mondiale de la santé réaffirmait l'importance de la place de l'école en matière de santé et de promotion de saines habitudes de vie :

[...] l'école influence la vie de la plupart des enfants. Elle devrait donc protéger la santé des enfants en les informant, en leur inculquant des notions de base concernant la santé et en s'attachant à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique, au même titre que d'autres comportements sains. (p.18)

En effet, la réussite du jeune est un objectif commun des réseaux de l'éducation et de la santé. À ce sujet, Arcand et ses collègues (1998) soulignent que : « l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé maintient les conditions nécessaires à l'apprentissage » (p.1). Un élève en santé réussira mieux à l'école alors que la scolarisation du jeune contribuera au maintien de sa santé future (Kann, Collins,

Pateman, Small, Ross et Kolbe, 1995). Par ailleurs, certaines études démontrent qu'une pratique d'activité physique régulière contribue à la réussite éducative de l'élève (Sallis, McKenzie, Koloby, Lewis, Marshall et Rosengard, 1999; Shepard, 1997). De plus, les chercheurs reconnaissent que le petit déjeuner, souvent négligé par les jeunes, a un impact positif sur les résultats académiques de l'élève (Cueto, 2001) et ses apprentissages (Pollitt et Mathews, 1998). D'autre part, il est reconnu que le niveau de scolarisation d'un individu est un déterminant de sa santé (Kino-Québec, 2004). À la lumière de ces résultats, il ressort que l'éducation et la santé du jeune sont intimement liées dans une visée de réussite éducative.

De nombreux auteurs reconnaissent que l'école joue un rôle déterminant dans le développement de saines habitudes de vie par les jeunes (Arcand, 1998; Green, Tones et Manderscheid, 1995; Hopper, Munoz, Gruber et Nguyen, 2005; Lowry et al., 2002; Virgilio, 1996). L'école, deuxième milieu de vie des jeunes après leur famille, se trouve au cœur de nouvelles tendances et actions de promotion et de prévention en santé, et ce, dès l'entrée à l'école primaire. En effet, lorsque les enfants développent tôt des habitudes de pratique d'activité physique régulière et adoptent de saines habitudes alimentaires, il est plus probable que ces comportements perdurent jusqu'à l'âge adulte (Gustafson et Rhodes, 2006; Taylor, Baranowski et Sallis, 1994; Virgilio, 1996; Young, Fors et Hays, 2004).

Le programme de formation de l'école québécoise

Au Québec, le renouveau pédagogique a redéfini le rôle de l'école qui s'est vue interpellée en matière de santé par le biais d'un nouveau programme de formation. La santé est devenue un mandat explicite de l'école qui traduit les nombreuses préoccupations face aux habitudes de vie et à la santé des jeunes. Selon le programme, le rôle de l'école est d'amener les élèves à développer tout au long de leur cursus scolaire des compétences leur permettant « de prendre en charge leur santé et de demeurer actif toute leur vie » (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001, p. 266). Le nouveau programme de formation comporte notamment un domaine général de formation « Santé et bien-être » qui relève de l'ensemble des enseignants. Un domaine générale de formation vise en fait « d'amener l'élève à établir des liens entre ses apprentissages scolaires et sa vie quotidienne » en traitant de « grandes problématiques que les jeunes doivent affronter » (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001, p. 7). Par ailleurs, une des trois compétences disciplinaires en éducation physique et à la santé (ÉPS) concerne l'adoption d'un mode de vie sain et actif par l'élève (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001).

Le domaine général de formation « Santé et bien-être »

Le domaine générale de formation « Santé et bien-être » a pour intention éducative de « permettre à l'élève d'adopter de saines habitudes de vie au niveau de la santé, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité » (MEQ, 2001, p. 44). Compte tenu de l'ajout de ce volet au nouveau programme de formation de l'école québécoise, il est souhaitable

que des liens soient établis entre les différentes disciplines. Ainsi, le domaine général de formation « Santé et bien-être », qui repose sur l'intégration de savoirs multidisciplinaires, constitue une occasion d'impliquer tous les membres du personnel de l'école dans l'éducation à la santé des jeunes.

La compétence disciplinaire « Adopter un mode de vie sain et actif » en ÉPS

En touchant la quasi-totalité des jeunes québécois d'âge scolaire, l'ÉPS est une discipline qui contribue à construire une société en santé. En effet, cette discipline permet « l'acquisition de connaissances, d'attitudes et de comportements nécessaires à une gestion judicieuse par chacun de sa santé et de son bien-être » (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001, p. 256). Pour développer sa compétence à « adopter un mode de vie sain et actif », l'élève doit passer par quatre composantes : analyser les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé, planifier une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie, s'engager dans cette démarche et enfin établir le bilan de sa démarche (Figure 1).

Bien que les écoles québécoises mettent en œuvre de nombreuses activités et interventions en matière de santé (Martin et al., 2005), l'inclusion de l'éducation à la santé dans le mandat des enseignants constitue un grand défi (Michaud, 2001; Turcotte, 2006).

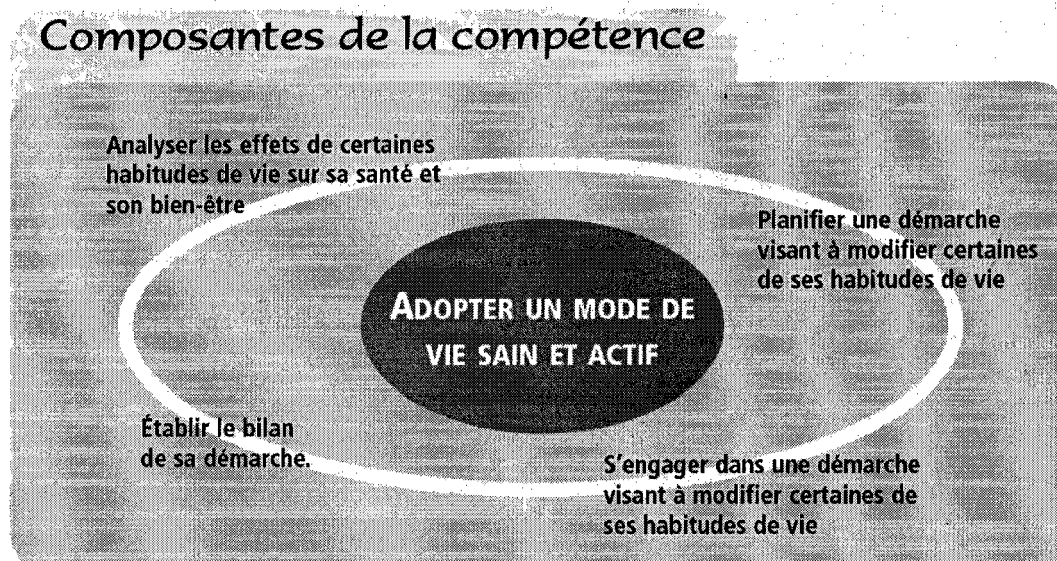


Figure 1. Compétence disciplinaire en ÉPS « adopter un mode de vie sain et actif » (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001, p. 257)

Problème de recherche

L'éducation à la santé : une responsabilité partagée entre l'école et le milieu familial

L'éducation à la santé : un mandat à assumer par l'école

Différents auteurs s'entendent sur le fait que l'éducation à la santé doit être traitée de manière transversale et interdisciplinaire (Cogérino, 1999; Corbin, 2002; McKenzie, 1999; Motta, 1998; Tribalat, 2003). Avec le renouveau pédagogique au Québec, et notamment le domaine général de formation « Santé et bien-être », la responsabilité de l'éducation à la santé est dorénavant confiée à l'ensemble de l'équipe-école. Malgré tout, ce mandat reste très souvent confié à l'éducateur physique (Cogérino, 1999; Perrin,

2003). Même si certains acteurs œuvrant auprès des élèves interviennent en matière de santé, ces actions sont souvent ponctuelles, isolées et morcelées (Martin et Arcand, 2005). Or, cette façon de faire conduit souvent à l'essoufflement des ressources et à la démotivation des intervenants (Martin et Arcand, 2005). D'ailleurs, Perrin et Housseau (2003) soulignent que « l'éducation pour la santé doit sortir de son ghetto, gagner toutes les disciplines, du français aux sciences, en passant par l'éducation physique et sportive, les arts plastiques, ce qui s'avère difficile » (p. 10). Ce décroisement de l'éducation à la santé dans le contexte scolaire apparaît donc comme un défi à relever pour maximiser l'impact des interventions auprès des élèves.

L'importance d'obtenir la collaboration des parents en éducation à la santé

De nombreux efforts sont faits dans le milieu scolaire en matière d'éducation à la santé. Toutefois, l'école ne peut à elle seule permettre aux élèves d'acquérir un mode de vie sain et actif. L'ensemble des actions en matière de santé devrait être mis en œuvre dans une perspective de collaboration et de partenariat entre tous les membres de l'équipe école et les parents (Manidi et Dafflon-Arvanitou, 2000; Martin et Arcand, 2005). De plus, Hopper et ses collègues (2005) soulignent que même si l'éducation du jeune est l'objectif principal de l'école, il ne faut pas oublier de prendre compte des connaissances et habitudes de sa famille, tout particulièrement de celles de ses parents, dans les interventions. En effet, le milieu familial joue un rôle primordial dans le développement des habitudes de vie des enfants (Davison, Cutting et Birch, 2003; Ornelas, Perreira et Ayala, 2007; Taylor et al., 1994). À ce propos, Green et ses collaborateurs (1995) soulignent que sans le soutien des parents, il s'avère difficile de

permettre à l'élève d'effectuer des choix sains en matière de santé. Ainsi, il est essentiel que les parents soient invités à appuyer les milieux scolaires dans leurs efforts afin de maximiser l'impact des situations d'apprentissage qui offrent à l'élève l'opportunité de développer des compétences qui lui permettent d'adopter un mode de vie actif. En effet, si les parents n'offrent pas à leur enfant des occasions d'être actif quotidiennement, les actions mises en place par l'école risquent d'être vaines (Ornelas et al., 2007). De plus, en ce qui concerne l'alimentation; les parents se doivent aussi de donner à leur enfant la possibilité de faire des choix sains afin de leur permettre d'adopter de saines habitudes de vie. Ainsi, il semble difficile de souhaiter de réels changements chez l'enfant en matière d'alimentation et d'activité physique sans qu'il n'existe une relation étroite entre l'école et la famille (Virgilio, 1996). Par conséquent, il s'avère indispensable d'inclure les familles dans les actions d'éducation à la santé mises de l'avant à l'école pour favoriser la continuité de ces actions (Gouvernement du Québec, 2005; Kann et al., 1995).

Il paraît également important de souligner que le succès des initiatives en matière de santé repose sur l'importance de maximiser le réinvestissement des acquis faits à l'école dans la vie quotidienne des jeunes (Kino-Québec, 2004; Martin et Arcand, 2005; Rowan, Vanier et Léry, 2003). En permettant à l'élève d'être actif quotidiennement ou encore de manger sainement à la maison, les parents peuvent donc contribuer à favoriser des changements à long terme dans les habitudes de vie de leur enfant (Corbin, 2002). Malgré ces évidences, un des défis majeurs en promotion de la santé et du bien-être des

jeunes d'âge scolaire reste celui de la mobilisation du milieu familial (Hamel, Blanchet et Martin, 2001).

Le besoin des enseignants d'être mieux outillés

De nombreuses initiatives sont mises de l'avant par le milieu scolaire québécois en matière d'éducation à la santé (Kino-Québec, 2004; Manidi et Dafflon-Arvanitou, 2000; Rowan, Vanier et Léry, 2003). Les devoirs actifs (Smith et Claxton, 2003), le portfolio (Lazar et Kulinna, 2002), la formule du contrat d'engagement comme le passeport-santé (Blais, 2004) figurent parmi les stratégies utilisées pour supporter les élèves dans l'acquisition d'habitudes de vie saines et actives. Ces stratégies permettent à l'élève de s'engager en dehors du cadre habituel de l'école, avec ou sans la collaboration de leurs parents. Malgré ces initiatives, des chercheurs ont relevé chez plusieurs éducateurs physiques un besoin évident de développer et d'implanter de nouvelles stratégies pour faciliter l'éducation à la santé à l'école (Blais, 2004; Manidi et Dafflon-Arvanitou, 2000; Michaud, 2002; Turcotte, 2006). Ce besoin n'est pas exclusif aux éducateurs physiques; de nombreux enseignants se sentent démunis face à leurs responsabilités en matière d'éducation à la santé (Coppé et Schoonbroodt, 1992).

Certaines conditions permettent d'optimiser l'efficacité de stratégies d'éducation à la santé en milieu scolaire. Par exemple, certains auteurs suggèrent d'utiliser non pas une seule, mais plusieurs stratégies afin d'aider les jeunes à adopter de saines habitudes de vie (Allensworth, 1994; Ciliska, Miles, O'Brien, Turl, Tomasik, Donovan et Beyers, 2000). D'autre part, de nombreux auteurs reconnaissent que la transmission de

connaissances à elle seule ne suffit pas pour favoriser l'acquisition d'un mode de vie sain et actif (Castillo, 1987; Green et al., 1995; St-Léger et Nutbeam, 2000). Par exemple, McKenzie (1999) mentionne qu'il est indispensable d'enseigner aux jeunes comment être actif et non pas seulement pourquoi il faut l'être. Pour ce faire, il est essentiel d'engager activement l'élève dans une démarche de modification d'habitudes de vie, en lui proposant un éventail d'activités significatives et motivantes pour lui (Green et al., 1995; Placek, Griffin, Dodds, Raymond, Tremino et James, 2001). Ainsi, les enseignants sont amenés à développer des stratégies qui invitent les élèves à s'engager des actions concrètes afin de modifier leur comportement en matière de santé (McKenzie, 1999) et qui leur permettent de développer leur autonomie (Corbin, 2002).

Enfin, les auteurs s'entendent sur l'importance d'élaborer des stratégies d'éducation à la santé impliquant la famille (Allensworth, 1994; Springer, Kelder et Hoelscher, 2006; Stone, McKenzie, Welk et Booth, 1998). À cet égard, Ornelas et ses collègues (2007) indiquent que les stratégies de promotion de l'activité physique doivent viser l'engagement parental afin de favoriser l'atteinte des recommandations en matière d'activité physique par les élèves. L'implication de la famille est tout aussi importante dans la mise en œuvre de stratégies visant la modification des habitudes alimentaires des enfants d'âge scolaire (Ciliska et al., 2000). Ainsi, la promotion d'activités d'éducation à la santé demandant la participation de la famille est essentielle (Smith et Claxton, 2003).

En résumé, il s'avère primordial de mettre de l'avant des stratégies d'éducation à la santé impliquant la collaboration des parents et des enseignants afin de permettre aux élèves d'adopter de saines habitudes de vie. Par ailleurs, afin de maximiser l'impact de

telles stratégies, les outils pédagogiques développés devront placer les élèves dans des « situations expérientielles qui les incitent à se poser des questions vis-à-vis de leur santé [...], à se construire des connaissances, des attitudes et des capacités indispensables pour faire des choix en toute liberté » (Coppé et Schoonbroodt, 1992, p. 152).

Cadre conceptuel

Le modèle d'intervention

Le modèle intégré de supervision de l'intervention en activité physique (Figure 2) de Brunelle, Drouin, Godbout et Tousignant (1988) offre un cadre pertinent dans le cas de la présente étude car il permet d'identifier les facteurs expliquant la dynamique de l'intervention et de faire des liens entre les différentes variables impliquées. Inspiré du modèle de Dunkin et Biddle (1974), le modèle de Brunelle et ses collaborateurs permet d'illustrer la complexité de l'intervention en milieu scolaire et de prendre en compte plusieurs variables essentielles à la compréhension du processus d'enseignement-apprentissage. Ces auteurs définissent cinq variables pour expliciter ce processus :

- les variables de présage se rapportent à diverses caractéristiques des enseignants et des élèves qui sont susceptibles d'influencer le processus d'interaction en gymnase;
- les variables de contexte regroupent les ressources humaines, financières et matérielles disponibles pour le bon déroulement du programme à mettre en œuvre;

- les variables de programme correspondent aux facteurs qui permettent de définir le ou les documents constituant un programme tels que les objectifs visés ou la nature du contenu;
- les variables de processus constituent les comportements et les perceptions des différents acteurs lorsqu'ils sont en interaction;
- les variables de produit correspondent aux caractéristiques des participants qui ont dû être modifiées à la suite de l'intervention : gains en apprentissage, niveau de satisfaction.

Ces variables sont associées aux trois dimensions des conditions d'enseignement-apprentissage soit les phases de programmation, d'interaction et d'évaluation.

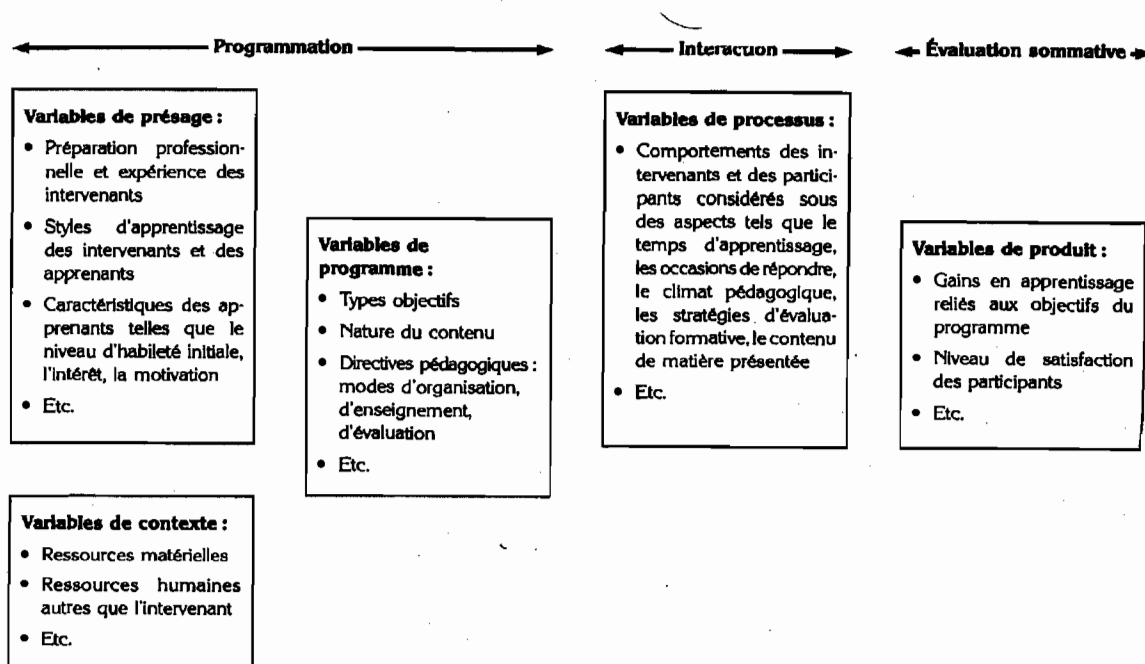
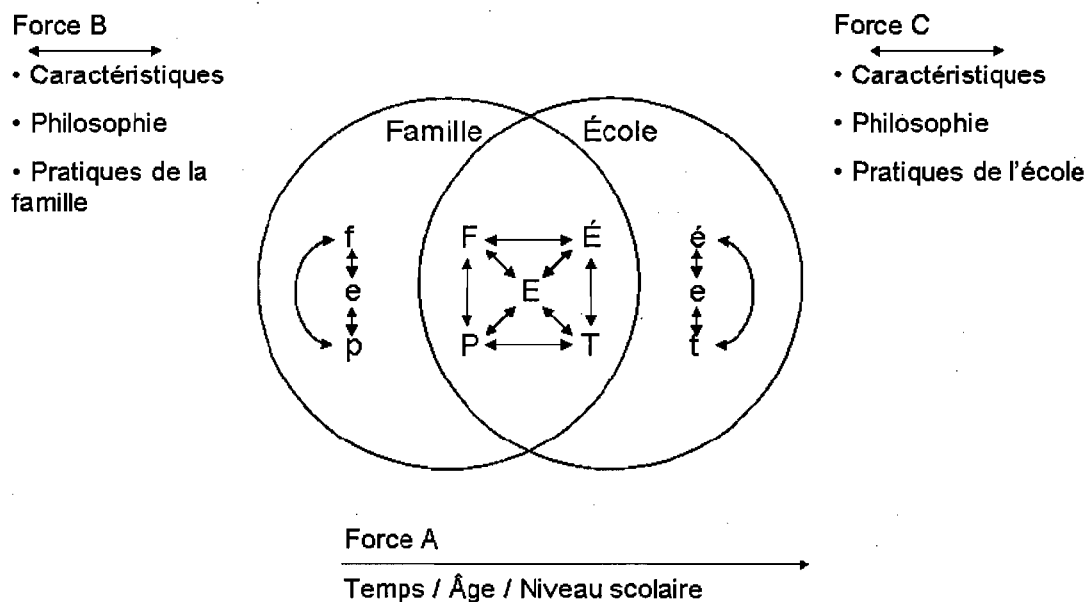


Figure 2. Modèle d'intervention incluant les variables associées aux trois dimensions des conditions d'enseignement-apprentissage (Brunelle et al., 1988, p. 26)

Le modèle de l'influence partagée

Le développement de saines habitudes de vie chez les enfants constitue une responsabilité partagée entre les différents acteurs gravitant autour d'eux et plus particulièrement entre les parents et les enseignants. L'élève constitue alors la raison d'être des relations entre parents et enseignants; il se trouve au cœur de leurs interactions. Couramment utilisé dans les études sur les relations entre l'école et les familles, le modèle de l'influence partagée d'Epstein (1992; 1996; 2001) offre un cadre conceptuel pertinent à la présente étude grâce à sa vision holistique de la collaboration entre l'école et la famille (Figure 3).



Mots-Clés : Relations intrainstitutionnelles (lettres minuscules)

Relations interinstitutionnelles (lettres majuscules)

f/F : Famille e/E : Enfant é/É : École p/P : Parent t/T : Enseignant

Figure 3. Traduction du modèle de l'influence partagée d'Epstein (Deslandes, 1999)

Ce modèle cherche à expliciter les mécanismes qui permettent de construire les relations entre la famille et l'école dans une perspective de responsabilité partagée. Il ne s'agit pas ici de relations compétitives ou conflictuelles entre l'école et la famille, mais bien d'une notion de coordination, de coopération voire même de partenariat entre les différents acteurs dans le but de favoriser la réussite de l'élève. Entre autres choses, il permet de mettre en lumière l'influence de l'engagement des parents dans le suivi de l'enfant sur sa réussite éducative et ses attitudes (Epstein, 2001).

Ce modèle dynamique tient compte à la fois des caractéristiques de la famille, de l'école et aussi de l'évolution des différents acteurs dans le temps. Il est constitué d'une structure externe et d'une structure interne toutes deux reliées. Pour les besoins de l'étude, seule la structure interne du modèle sera présentée. Il existe deux types d'interactions entre l'école et la famille qui se traduisent à deux niveaux au sein de cette structure interne :

1. deux types d'interactions : au sein de l'institution (en lettres minuscules) ou encore entre les institutions (en lettres majuscules);
2. deux niveaux d'interactions : la communication standard et organisationnelle (famille/école) ou la communication individuelle et spécifique (parent/enseignant).

Les sphères du modèle représentent deux milieux de vie dans lesquels évolue l'enfant, soit d'une part la famille et de l'autre l'école. Ces deux sphères peuvent être attirées l'une vers l'autre ou encore repoussées l'une de l'autre par trois forces. La première force (force A) représente le temps, l'âge et le niveau scolaire. Par exemple,

les relations entre la famille et l'école évoluent naturellement au cours du temps. On remarque que les interactions sont plus nombreuses au préscolaire alors qu'elles deviennent moins fréquentes au fur et à mesure que l'enfant grandit. Les autres forces correspondent aux caractéristiques, à la philosophie ainsi qu'aux pratiques de la famille (force B) d'une part et d'autre part, de l'école (force C). Il y a donc un ajustement continuuel entre les deux sphères tout au long du cursus scolaire de l'élève.

Epstein (1996) souligne que l'engagement des parents varie selon les pratiques des enseignants, de la direction d'établissement, des autres parents et aussi de leur enfant. Les élèves jouent quant à eux un rôle majeur dans la dynamique des relations entre l'école et la famille; il s'agit « d'agents actifs » (Deslandes, 1999, p. 33) dans les interactions parents-enseignants.

Cadre conceptuel spécifique à la présente étude

Le cadre conceptuel de cette étude s'inspire à la fois de certaines variables du modèle d'intervention de Brunelle et ses collaborateurs (1988) et du modèle de l'influence partagée d'Epstein (1992; 1996; 2001). La prise en compte de ces deux modèles permettra de mieux comprendre le processus d'enseignement-apprentissage lors de l'expérimentation de deux stratégies d'éducation à la santé en milieu scolaire, tout en mettant en lumière les relations existant entre l'élève, les parents et les enseignants (Figure 4).

Les cinq variables définies par Brunelle et ses collaborateurs (1988) seront étudiées. Les variables de processus seront abordées sous l'angle du modèle d'Epstein

afin de mettre en lumière certaines relations existant entre les élèves, leurs parents et leurs enseignants. Il s'agira de jeter un regard nouveau sur la communication individuelle et spécifique qui a lieu entre l'école et la famille et au sein même de ces institutions lors de la phase d'interaction afin de décrire l'engagement des élèves dans les stratégies proposées. Enfin, les variables de présage et de contexte seront abordées sous l'angle des trois forces (A, B, et C; voir Figure 3) influençant les relations école-famille décrites par Epstein.

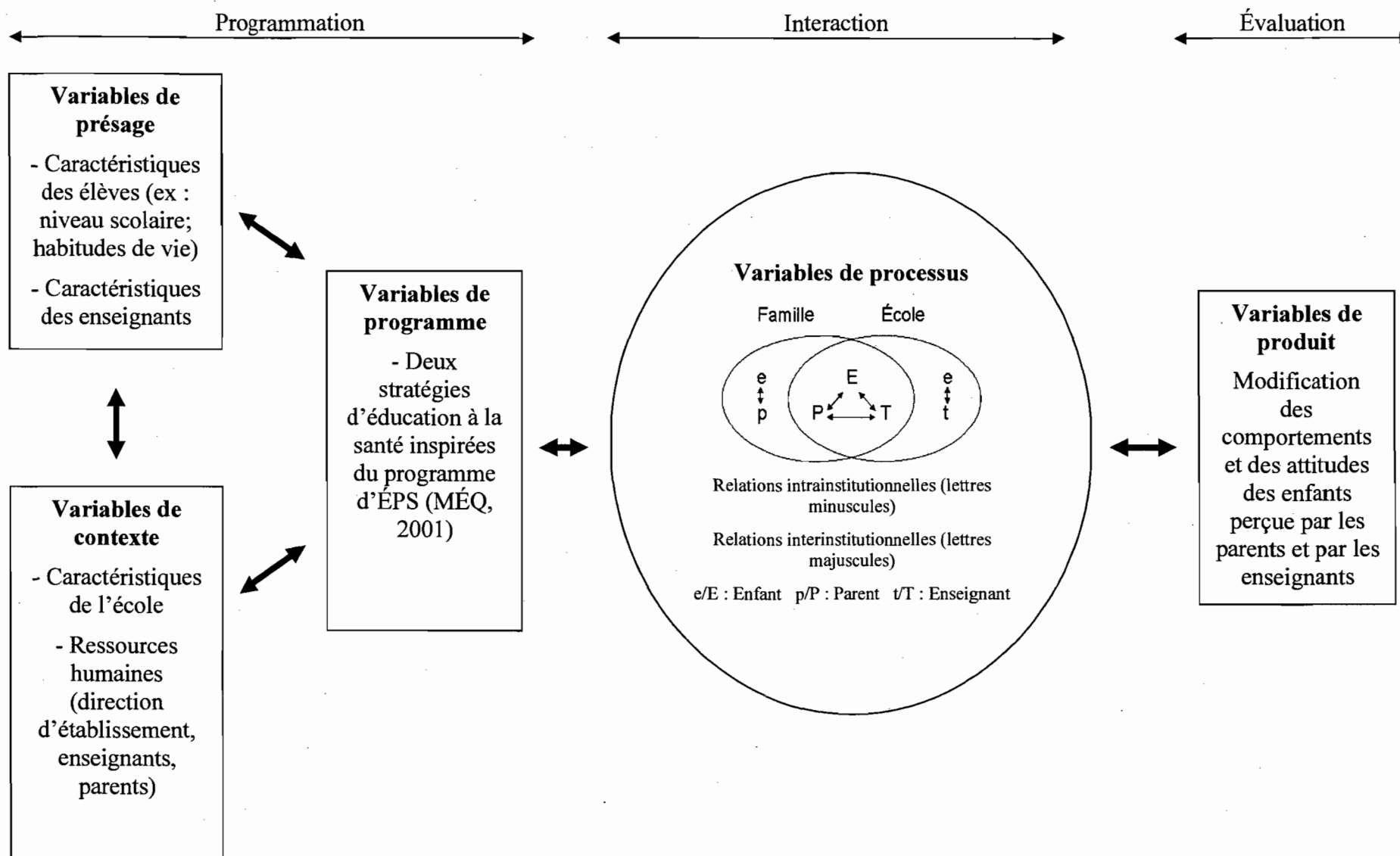


Figure 4. Cadre conceptuel spécifique à l'étude inspiré des modèles de Brunelle et al. (1988) et d'Epstein (2001)

But et questions de recherche

Cette étude vise à décrire le profil d'engagement d'élèves de préscolaire et de primaire ainsi que la participation des parents et des enseignants dans l'expérimentation de deux stratégies d'éducation à la santé tout en mettant en lumière les relations qui s'établissent entre ces acteurs. Les questions de recherche sont regroupées sous cinq thèmes.

1. Comment les élèves perçoivent-ils leurs habitudes de vie au début de l'étude?
2. Comment des élèves s'engagent-ils au cours de l'expérimentation de deux stratégies d'éducation à la santé visant à les aider à modifier leurs habitudes de vie?
3. Comment les parents et les enseignants soutiennent-ils les élèves dans leurs efforts pour adopter un mode de vie sain et actif?
4. De quelle façon la participation des parents et des enseignants influence-t-elle le type d'engagement des élèves?
5. Au terme de l'étude, comment les parents et les enseignants perçoivent-ils l'engagement des élèves ainsi que les changements dans leurs comportements et leurs attitudes?

Les caractéristiques de l'école et de ses ressources humaines (variables de contexte) ainsi que celles des enseignants (variables de présage) permettent une meilleure compréhension des résultats obtenus au cours de la présente étude. Toutefois,

ces informations seront mentionnées dans le deuxième chapitre traitant de la méthodologie.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Origine de l'étude : un partenariat initié par l'école

La présente étude origine d'un partenariat entre une école primaire de la commission scolaire Chemin-du-Roy et le Département des sciences de l'activité physique (DSAP) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Initié par un directeur d'établissement qui s'est adressé au DSAP, ce partenariat a été mis en place afin de soutenir l'école dans l'élaboration de nouvelles stratégies permettant aux élèves d'adopter de saines habitudes de vie. Une rencontre a alors été organisée entre des membres du DSAP intéressés par le sujet et le directeur d'établissement. Les modalités de la collaboration, les règles liées à l'éthique d'une recherche avec des élèves ainsi que les stratégies d'éducation à la santé ont été déterminées en concertation avec le directeur d'établissement et les membres de l'équipe de recherche.

Description du milieu

L'école accueille 339 élèves du préscolaire à la 5^e année du primaire. Située en milieu urbain, son indicateur socio-économique est de 3 sur une échelle de 1 à 10, ce qui signifie qu'elle est située dans un milieu plutôt favorisé. La direction et le personnel de l'école reconnaissent que la participation des parents aux activités organisées par l'école

est soutenue. Le plan de réussite de l'école est notamment axé sur la santé globale de l'élève. Il s'agit d'aider l'enfant à se développer aussi bien sur le plan physique que sur les plans social et mental. Ainsi, l'ensemble de l'équipe-école a le mandat de s'arrimer au projet éducatif de l'école et d'offrir aux élèves des activités multiples et variées en lien avec la santé. L'enseignant en éducation physique et à la santé compare même les orientations de l'école en matière de santé à « une charte culturelle » adoptée non seulement par les élèves mais aussi par leurs parents. De plus, il est intéressant de noter que l'alimentation semble prendre une place importante dans les activités éducatives de l'école. À titre d'exemple, une politique de collations santé inscrite à l'agenda des élèves recommande fortement la consommation de fruits et légumes et de produits laitiers lors des collations. De plus, l'école organise annuellement le mois de l'alimentation. La pratique d'activité physique est également une préoccupation importante au sein de cette école et elle est d'ailleurs explicitée dans son plan de réussite. À titre de moyens concrets, les temps de récréation sont structurés : des plateaux sont aménagés afin de pouvoir proposer aux élèves différents jeux et ainsi leur permettre de vivre un maximum d'expériences d'activités physiques. Dans cette même visée, l'école a aménagé un « parc école » doté de nombreux modules et jeux ainsi que d'un terrain de basketball dans le but de permettre aux élèves de développer différentes sphères d'habiletés motrices. Une des volontés de l'équipe-école est de donner l'opportunité aux enfants de pratiquer des sports et des activités variées afin que l'enfant puisse choisir une activité qui lui convienne et qu'il va pratiquer tout au long de sa vie. Ces quelques exemples démontrent que cette école constitue un milieu de choix pour

amorcer la mise en œuvre de stratégies d'éducation à la santé demandant la participation de l'ensemble des enseignants de l'école.

Caractéristiques des participants

Les élèves

Pour des raisons d'éthique, l'autorisation parentale était obligatoire pour que les élèves puissent participer à l'étude (Annexe A). Ainsi, 294 élèves, soit 86,1 % des élèves de l'école ont pu y prendre part. Il s'agit de 135 filles et de 159 garçons. La répartition des élèves selon leur cycle et leur sexe est présentée dans le Tableau 1.

Tableau 1
Répartition des élèves en fonction de leur niveau scolaire et de leur sexe

Cycle	Sexe	<i>n</i> =	%
Préscolaire	Garçons	14	48,3
	Filles	15	51,7
	Total	29	100
1er cycle	Garçons	57	54,8
	Filles	47	45,2
	Total	104	100
2e cycle	Garçons	63	57,8
	Filles	46	42,2
	Total	109	100
3e cycle	Garçons	25	48,1
	Filles	27	51,9
	Total	52	100
Total	Garçons	159	54,1
	Filles	135	45,9
	Total	294	100

Les membres du personnel

Au total, 16 personnes membres du personnel ont accepté de participer à l'étude, il s'agit de 13 femmes et de trois hommes. La répartition des membres du personnel de l'école selon leur statut et leur sexe est présentée dans le Tableau 2.

Tableau 2

Répartition des membres du personnel de l'école selon leur statut et leur sexe

Statut	n =	Homme	Femme
Enseignants de préscolaire	2		2
Enseignants de 1 ^{er} cycle	5		5
Enseignants de 2 ^e cycle	5	1	4
Enseignants de 3 ^e cycle	2		2
Enseignant en ÉPS	1	1	
Direction d'établissement	1	1	
Total	16	3	13

Le directeur d'établissement, ancien enseignant en éducation physique et à la santé, démontre un intérêt particulier pour le développement de saines habitudes de vie chez les élèves. Il agit donc comme un leader en matière de santé auprès de son équipe. Ainsi, l'ensemble des enseignants, aussi bien l'éducateur physique que les titulaires de classe, montre une volonté de mettre en œuvre diverses activités d'éducation à la santé dans le but de permettre aux élèves d'adopter de saines habitudes de vie. À titre d'exemple, chaque enseignant offre à son groupe d'élèves des situations d'apprentissage en lien avec la santé. Trois thèmes principaux sont abordés dans leurs interventions : l'alimentation, l'hygiène ainsi que l'activité physique. De plus, les enseignants se

servent de chaque occasion qui s'y prête pour parler de ces saines habitudes de vie avec leurs élèves; leurs interventions ne sont pas nécessairement structurées et planifiées mais souvent spontanées. Ainsi, les enseignants, déjà sensibilisés à l'importance de l'éducation à la santé en milieu scolaire, sont des acteurs bien placés pour mettre en œuvre des stratégies d'éducation à la santé et soutenir les élèves dans leur démarche.

Instruments de collecte des données

Quatre instruments de collecte de données ont été élaborés à la lumière du cadre conceptuel de l'étude afin de répondre aux questions de recherche (Tableau 3). Il s'agit de deux stratégies d'éducation à la santé (le cahier-santé et le quadrathlon-santé), d'entrevues semi-structurées pour quelques membres du personnel ainsi qu'un questionnaire à l'intention des parents.

Les deux stratégies d'éducation à la santé

Une combinaison de deux stratégies d'éducation à la santé

Plusieurs auteurs soulignent l'importance de mettre en œuvre plusieurs types de stratégies afin de permettre aux élèves d'adopter de saines habitudes de vie (Allensworth, 1994; Ciliska et al., 2000). Deux stratégies d'éducation à la santé ont été élaborées afin de favoriser l'engagement actif des élèves dans un processus d'acquisition d'un mode de vie sain et actif. Les deux stratégies utilisées, le cahier-santé et le quadrathlon-santé, ont été créés par l'étudiante-chercheuse en s'appuyant sur la compétence disciplinaire en ÉPS « Adopter un mode de vie sain et actif » (MÉQ, 2001).

On y retrouve donc les trois premières composantes de la compétence soit : analyser les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé, planifier une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie, s'engager dans cette démarche. La collaboration des enseignants lors de cette étape a permis d'en valider le contenu et la forme et ainsi, de les adapter aux spécificités du niveau scolaire des différents élèves.

Tableau 3

Instruments de collecte de données selon les questions de recherche

Questions de recherche	Instruments de collecte de données
Comment les élèves perçoivent-ils leurs habitudes de vie au début de l'étude?	- Cahier-santé
Comment des élèves s'engagent-ils au cours de l'expérimentation de deux stratégies d'éducation à la santé visant à les aider à modifier leurs habitudes de vie?	- Cahier-santé - Quadrathlon-santé - Entrevue semi-structurée (enseignants) - Questionnaire (parents)
Comment les parents et les enseignants soutiennent-ils les élèves dans leurs efforts pour adopter un mode de vie sain et actif?	- Cahier-santé - Quadrathlon-santé - Entrevue semi-structurée (enseignants)
De quelle façon la participation des parents et des enseignants influence-t-elle le type d'engagement des élèves?	- Cahier-santé - Quadrathlon-santé
Au terme de l'étude, comment les parents et les enseignants perçoivent-ils l'engagement des élèves ainsi que les changements dans leurs comportements et leurs attitudes?	- Entrevue semi-structurée (enseignants) - Questionnaire (parents)

Le cahier-santé

Le cahier-santé est inspiré d'autres stratégies déjà expérimentées dans le milieu scolaire pour aider les élèves à adopter un mode de vie sain et actif (Blais, 2004; Lazar

et Kulinna, 2002). Il s'agit d'une stratégie d'engagement actif à court terme qui permet à l'élève d'analyser ses habitudes de vie, de planifier une démarche de modification d'habitudes de vie et de s'engager dans cette démarche sur une période de temps donné (Blais et Collet, 2007). L'élève est appelé à s'engager de façon volontaire dans les activités proposées, à consigner des traces écrites et à obtenir le support de témoins significatifs. Ce cahier est composé de quatre sections :

1. un questionnaire sur les habitudes de vie des élèves (Annexe D);
2. des défis à réaliser chaque semaine, regroupés en quatre catégories : alimentation, activité physique, relaxation et connaissances (Figure 5);
3. une section intitulée « tes autres activités-santé » où l'élève mentionne les autres activités qu'il a réalisées au cours de la semaine;
4. des informations complémentaires portant sur la santé globale.

Le cahier-santé est adapté aux différents niveaux scolaires des élèves. Il existe donc un cahier spécifique pour le préscolaire et un distinct pour chaque cycle du primaire. Les défis « connaissances » ont été choisis en fonction des connaissances et des compétences des élèves selon leur niveau. Pour le préscolaire, la section « défis » a été simplifiée (Figure 6). Seulement deux défis sont proposés chaque semaine et sont illustrés par des pictogrammes afin de faciliter la compréhension des défis par les élèves. Au cours des trois semaines, les défis des différentes catégories sont présentés de façon aléatoire.

Les parents sont invités à signer et commenter chaque section du cahier de leur enfant afin de l'encourager dans sa démarche et de lui apporter son soutien. Une section est également réservée aux enseignants pour qu'ils puissent, s'ils le désirent, faire un suivi auprès de leurs élèves (encouragements, autocollants, etc.).

Semaine 1

Enseignant

Défi « alimentation »
Vous devrez manger au moins un fruit par repas durant toute la semaine.

Défi « activité physique »
Vous allez devoir aller jouer dehors pendant 30 minutes avec une autre personne au moins 3 fois durant la semaine.

Défi « relaxation »
Vous devrez faire le défi « relaxation » n°1 au moins cinq fois dans la semaine.

Défi « connaissances »
Vous devrez faire le défi « connaissances » n°1.

Tes impressions
Encerle le bon bonhomme

Parents

Figure 5. Extrait d'une page du cahier-santé : défis pour les élèves du 1^{er} cycle

La réalisation du cahier-santé comporte plusieurs étapes. D'abord, l'élève, aidé par son enseignant ou ses parents, complète le questionnaire afin de dresser un bref portrait de ses habitudes de vie. Au regard des réponses issues du questionnaire, chaque élève

planifie les défis qu'il souhaite réaliser lors des trois semaines d'expérimentation. Ainsi, chaque semaine, l'élève choisit et réalise au moins deux défis parmi les quatre qui lui sont proposés.

Semaine 1

Enseignant(e)

Défi « alimentation »

Mange un fruit par repas pendant toute la semaine.

Défi « activité physique »

Joue dehors 30 minutes 3 fois dans la semaine.

Les impressions
Encercle le bon bonhomme

Parents

Figure 6. Extrait du cahier-santé : section défis pour le préscolaire

Le quadrathlon-santé

Une deuxième stratégie d'éducation à la santé, cette fois-ci collective, est expérimentée pendant les trois semaines suivant le cahier-santé. Tout comme le cahier-santé, le quadrathlon-santé vise à aider les élèves à adopter de saines habitudes de vie. Chaque classe doit réussir collectivement à : (1) manger au moins 1000 portions de fruits et légumes, (2) faire au moins 4000 minutes de sport, (3) faire au moins 5000

minutes d'activité physique d'intensité modérée et (4) faire au moins 1500 minutes de relaxation. Chaque élève possède une feuille pour consigner ses résultats individuels chaque semaine (Figure 7). Les enfants y inscrivent à chaque jour le nombre de portions de fruits et légumes qu'ils ont mangé ainsi que le nombre de minutes de sport, d'activité physique modérée et de relaxation qu'ils ont fait. Les résultats de chaque classe sont ensuite compilés et affichés sur un tableau. À la fin des trois semaines, un classement symbolique est effectué et la mention « Santé » est accordée à la classe de chaque cycle ayant cumulé le plus de portions de fruits et légumes et le plus de minutes d'activité physique, de sport et de relaxation.






Mes résultats du 4 avril au 10 avril 2005				
				
Lundi 4 avril 2005	Portions	Minutes	Minutes	Minutes
Mardi 5 avril 2005	Portions	Minutes	Minutes	Minutes
Mercredi 6 avril 2005	Portions	Minutes	Minutes	Minutes
Jeudi 7 avril 2005	Portions	Minutes	Minutes	Minutes
Vendredi 8 avril 2005	Portions	Minutes	Minutes	Minutes
Samedi 9 avril 2005	Portions	Minutes	Minutes	Minutes
Dimanche 10 avril 2005	Portions	Minutes	Minutes	Minutes
Total	Portions	Minutes	Minutes	Minutes
 Parents				

Figure 7. Exemple d'une feuille de compilation individuelle du quadrathlon-santé

Le questionnaire destiné aux parents d'élèves

À la fin des six semaines d'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé, un questionnaire est envoyé aux parents (Annexe B). Quatre questions leur sont adressées afin de recueillir leurs perceptions quant à l'engagement de leur enfant dans cette démarche et à l'impact des deux stratégies expérimentées sur les habitudes de leur enfant. Ce questionnaire est composé essentiellement de questions à réponses fermées. Au terme du questionnaire, deux questions leur permettent d'ajouter leurs commentaires s'ils le désirent.

Les entrevues avec des membres du personnel de l'école

La réalisation d'entrevues semi-dirigées (Savoie-Zajc, 2003) permet de mieux connaître les perceptions des enseignants et de la direction d'établissement concernant les interventions en éducation à la santé réalisées au sein de leur école. Ainsi, ces entrevues visaient, d'une part, à mettre en lumière leur engagement au cours de l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé. D'autre part, elles ont permis de recueillir leurs perceptions sur l'engagement des élèves tout au long de l'étude ainsi que sur les changements qu'ils ont pu voir apparaître dans les comportements et les attitudes des élèves. Quelques enseignants ($n = 4$) et la direction d'école ($n = 1$) ont été interrogés à l'issue de l'expérimentation des deux stratégies d'éducation à la santé. Les enseignants ont été choisis en fonction du cycle auquel ils enseignaient et de leur spécialité. Ainsi, un enseignant par cycle a été retenu ainsi que l'enseignant en éducation physique et à la santé afin d'assurer la représentativité de l'échantillon. Chaque entrevue

individuelle (cf. guides d'entrevue; Annexe C), d'une durée approximative de 20 minutes, a été enregistrée sur bande sonore afin d'en faciliter la transcription. La retranscription des entrevues a produit au total 34 pages de données.

Stratégie d'analyse des données

Analyse des données qualitatives

Les données qualitatives de l'étude sont issues des traces écrites laissées dans le cahier-santé et la feuille de compilation du quadrathlon-santé, des questionnaires remplis par les parents ainsi que des entrevues réalisées auprès de certains enseignants et de la direction d'établissement. La stratégie d'analyse de ces données s'inspire de l'analyse de contenu mixte de l'Écuyer (1990) et est réalisée grâce au logiciel Atlas-ti 4.2. Il s'agit d'une analyse de données qualitatives où certaines catégories sont prédéterminées à partir de la littérature alors que d'autres catégories peuvent émerger. Dans le cas présent, les catégories prédéterminées sont liées au cadre conceptuel spécifique à la présente étude. L'analyse est réalisée en six étapes. La première étape consiste à prendre connaissance des données recueillies et à se familiariser avec ces dernières. Par la suite, une liste d'énoncés est établie. Au cours de la deuxième étape, les énoncés identifiés précédemment sont regroupés en unités de sens permettant de classer plus précisément les données selon les variables du cadre conceptuel de l'étude. Ensuite, lors de l'étape 3, les unités de sens sont associées aux différentes variables du cadre conceptuel utilisé. Une réorganisation des données a donc été réalisée en regroupant les unités de sens afin de faire ressortir des catégories et des sous-

catégories. De nouvelles catégories ont alors émergé de cette analyse. La quatrième étape consiste à faire appel à plusieurs sources d'informations mais aussi à différents outils de collecte de données. Cette méthode d'analyse de contenu prévoit ensuite la quantification des données recueillies en fréquences et en pourcentages. L'interprétation des résultats constitue la sixième étape et permet d'explicitier les résultats obtenus précédemment à la lumière de certains modèles théoriques.

Analyse des données quantitatives

Les données de nature quantitative sont traitées grâce au logiciel SPSS 13.0. Ces données sont issues des traces écrites laissées dans le cahier-santé, la feuille de compilation du quadrathlon-santé ainsi que dans le questionnaire envoyé aux parents. Une analyse statistique descriptive simple (fréquences et pourcentages) est réalisée de même qu'une analyse de fréquences grâce au test du khi carré afin de faire ressortir les données significatives. Seules les valeurs des données statistiquement significatives sont indiquées dans le chapitre traitant des résultats.

CHAPITRE III

RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION

Rappel du but de l'étude et des thèmes de recherche

Le but de cette étude est de décrire l'engagement des élèves au cours de l'expérimentation deux stratégies d'éducation à la santé, soit le cahier-santé et le quadrathlon-santé, ainsi que la participation de leurs parents et de leurs enseignants. Il s'agit également de mettre de l'avant les relations intervenant entre ces différents acteurs. Les cinq questions posées sont reliées aux différentes variables du cadre conceptuel de l'étude. Pour pouvoir y répondre, les résultats sont regroupés selon cinq thèmes :

1. Description des habitudes de vie des élèves;
2. Profils d'engagement des élèves;
3. Soutien des adultes;
4. Influence de la participation des parents et des enseignants sur l'engagement des élèves;
5. Perceptions des parents et des enseignants.

Description des habitudes de vie des élèves

Les données recueillies grâce au questionnaire dans la première partie du cahier-santé (Annexe D) permettent de dresser un bref portrait des habitudes de vie des élèves. En complétant ce questionnaire, l'élève est amené à faire l'analyse de certaines de ses habitudes de vie. Ses résultats lui permettent de choisir les défis qu'il réalisera tout au long de l'étude. Cette démarche d'analyse concerne la première composante de la compétence disciplinaire en ÉPS « Adopter un mode de vie sain et actif » (MÉQ, 2001). Il s'agit d'une étape indispensable dans un processus d'adoption de saines habitudes de vie. Sur l'ensemble des 294 élèves participant, 76,2% y ont répondu ($n = 219$ élèves). Le questionnaire couvre quatre volets : a) l'alimentation, b) la pratique d'activité physique, c) le sommeil et d) les connaissances générales relatives à la santé.

Les habitudes alimentaires des élèves

Presque la totalité des élèves (97,3%) révèlent qu'ils prennent trois repas par jour. Par ailleurs, ils déjeunent tous les matins avant d'aller à l'école, à l'exception d'un élève. Stan (2004) souligne que chez les enfants Québécois de 6 à 11 ans, près d'un enfant sur 10 ne déjeune pas tous les jours avant d'aller à l'école. Contrairement aux constats relevés dans la littérature, l'absence du déjeuner ne semble pas faire partie des problématiques de ce milieu scolaire. Le niveau socio-économique plutôt favorisé des élèves fréquentant l'école pourrait expliquer ce constat. En effet, plusieurs auteurs démontrent que certains facteurs socio-économiques du milieu dans lequel vit un enfant ont un impact sur son alimentation (Bertrand, Nadeau, Stan et Paquette, 2002; Shaw,

1998). Ces recherches révèlent entre autres que les enfants issus de familles ayant des revenus plus faibles sont moins nombreux à déjeuner quotidiennement.

Il ressort de l'analyse des données de ce questionnaire que plus des trois quarts des élèves de l'école disent consommer des fruits et des légumes tous les jours, voire plusieurs fois par jour. Remarquons que les élèves plus jeunes disent consommer davantage de fruits et légumes. En effet, jusqu'à la fin du 1^{er} cycle, plus de neuf élèves sur dix rapportent une consommation quotidienne de fruits et légumes alors qu'il ne s'agit que de deux élèves sur trois aux 2^e et 3^e cycles (Figure 8). L'analyse statistique de ces données révèle qu'il existe un lien entre la consommation de fruits et de légumes et le niveau scolaire des élèves ($\chi^2=21,4$; $dl=3$; $p<0,001$).

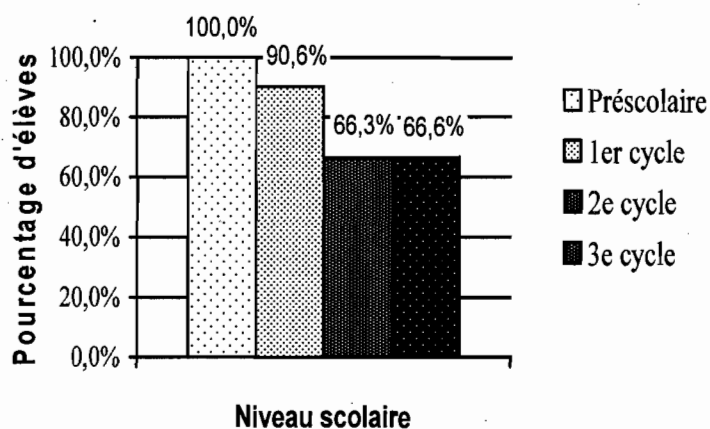


Figure 8. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les élèves selon leur niveau scolaire

Ce constat s'apparente à celui de King et ses collaborateurs (1999) qui démontrent que 27,0 % des jeunes Canadiens de 6^e année ne consomment pas de fruits et légumes

quotidiennement. Les filles (80,2%) semblent un peu plus nombreuses que les garçons (74,2%) à consommer des fruits et des légumes tous les jours.

Enfin, près de 70% des élèves rapportent qu'ils boivent plus de trois verres d'eau quotidiennement. La Figure 9 montre que les élèves plus âgés consomment davantage d'eau que les plus jeunes ($\chi^2=13,4$; $df=6$; $p<0,005$). De plus, les garçons (72,4%) semblent plus nombreux que les filles (63,9%) à boire trois verres d'eau et plus chaque jour.

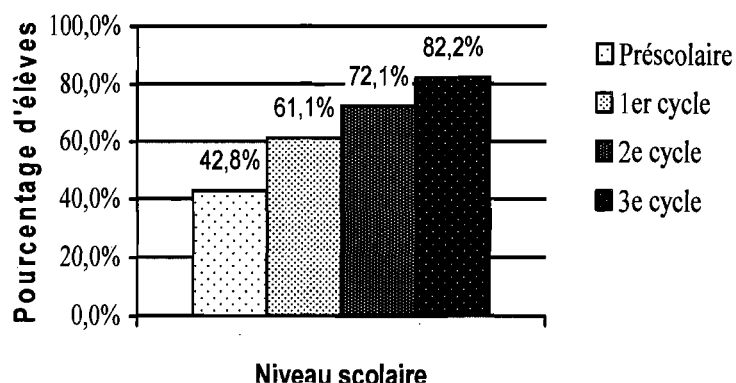


Figure 9. Consommation quotidienne de trois verres d'eau et plus chez les élèves selon leur niveau scolaire

Les habitudes de pratique d'activité physique des élèves

Plus de huit enfants sur dix inscrivent dans leur questionnaire qu'ils vont jouer dehors chaque jour. À cette question, les choix de réponses étaient « jamais », « quelques fois par semaine », « tous les jours » et plusieurs fois par jour ». Les élèves semblent aller jouer dehors de moins en moins souvent au fur et à mesure qu'ils

progressent dans leur cheminement à l'école primaire (Figure 10). Les écrits démontrent que ce désengagement progressif des jeunes face à la pratique d'activité physique tend à s'accroître davantage lors du passage au secondaire (Cameron et al., 2007; Kino-Québec, 1998). De plus, les résultats de la présente étude révèlent que les garçons (92,0%) sont plus nombreux à aller jouer dehors que les filles (73,8%) ($\chi^2=12,9$; $dl=1$; $p<0,001$).

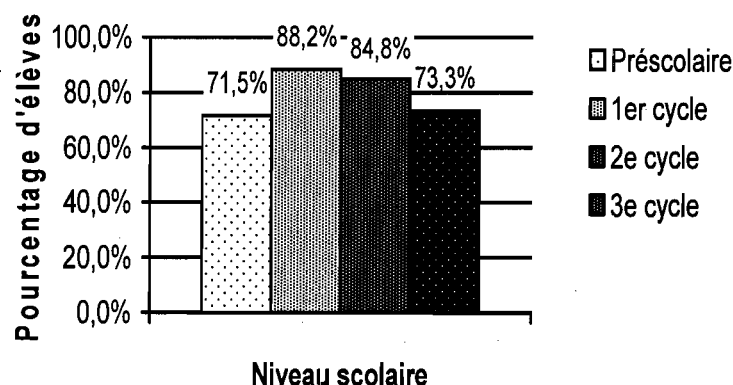


Figure 10. Pourcentage des élèves qui vont jouer dehors chaque jour selon leur niveau scolaire

À la question « Fais-tu au moins 20 minutes d'activité physique en dehors de tes cours d'ÉPS? », à peine un élève sur deux rapporte faire au moins 20 minutes d'activité physique cinq fois et plus par semaine. Remarquons toutefois que seulement 3,2% des élèves révèlent qu'ils ne font jamais 20 minutes d'activité physique en dehors des cours d'ÉPS. Encore une fois, les garçons semblent faire davantage d'activité physique que les filles à l'extérieur de l'école (Figure 11).

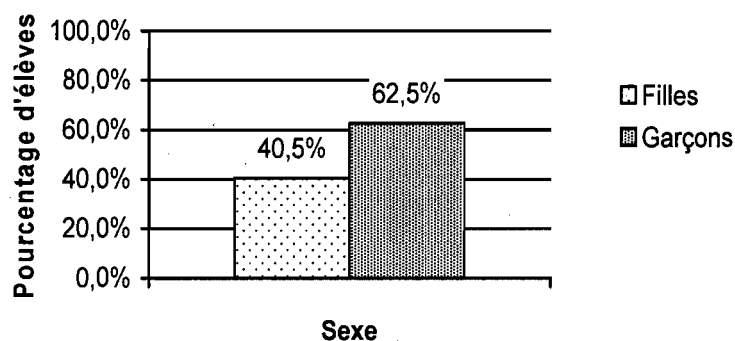


Figure 11. Pourcentage d'élèves qui font au moins 20 minutes d'activité physique cinq fois et plus chaque semaine en dehors des cours d'ÉPS selon leur sexe

L'analyse des informations mentionnées par les élèves a permis de faire ressortir qu'environ 23% des élèves de l'école se rendent à l'école à pied chaque jour. On retrouve ici une proportion plus faible que dans l'étude de Cameron et ses collègues (2007). Ces auteurs soulignent que les enfants dont les parents ont un revenu plus faible sont plus nombreux à choisir un moyen de transport actif pour se rendre à l'école. Ce constat pourrait expliquer les résultats obtenus dans ce milieu scolaire relativement favorisé sur le plan socio-économique. Toutefois, près de la moitié des élèves de 3^e cycle (44,8%) se rendent à l'école à pied. Bien que le sexe de l'élève n'influence pas les réponses à cette question, on peut observer une relation significative entre le niveau scolaire et l'utilisation d'un moyen de transport actif pour se rendre à l'école ($\chi^2=10,10$; $df=3$; $p<0,025$). En effet, nous pouvons remarquer que les élèves de 2^e et de 3^e cycles sont plus nombreux à aller à l'école à pied que les élèves de préscolaire et de 1^{er} cycle (Figure 12).

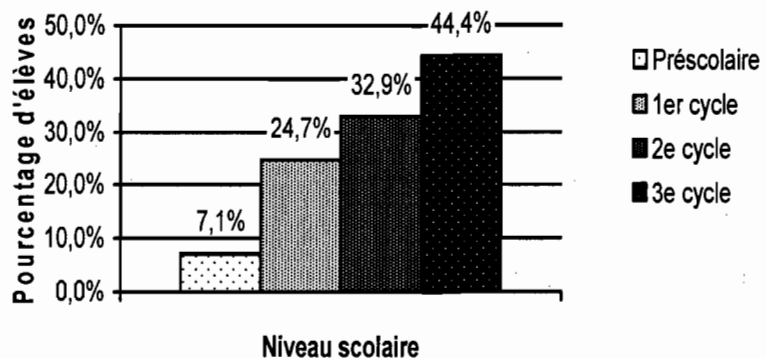


Figure 12. Pourcentage des élèves qui vont à l'école à pied tous les jours selon leur niveau scolaire

De manière plus générale, les résultats font ressortir qu'au même titre que beaucoup de jeunes québécois du même âge, de nombreux élèves de cette école ne rencontrent pas les recommandations des autorités médicales et scientifiques en matière d'activité physique, et tout particulièrement les filles (Cameron et al., 2007; Santé Canada, 2002).

Les habitudes de sommeil des élèves

La plupart des élèves (88,7%) précisent qu'ils dorment au moins dix heures la plupart des nuits. Meijer et ses collègues (2000) soulignent qu'en moyenne, les enfants interrogés dans leur étude dorment 10h15 chaque nuit. Les élèves plus jeunes semblent dormir davantage que leurs aînés (Figure 13).

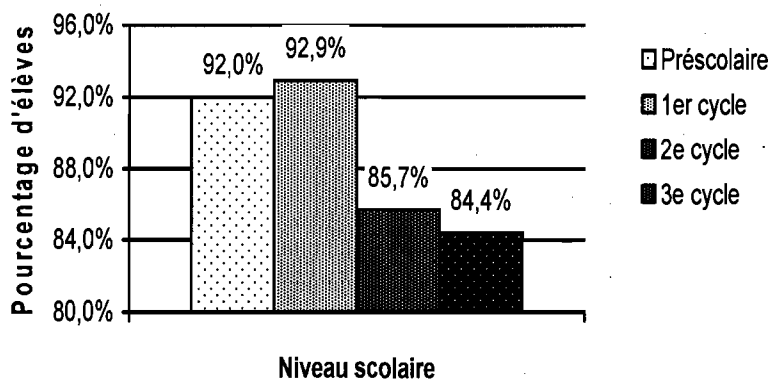


Figure 13. Pourcentage des élèves qui dorment au moins 10 heures la plupart des nuits selon leur niveau scolaire

Plusieurs études font ressortir des conclusions semblables (Amschler et McKenzie, 2005; Meijer et al., 2000). La participation des élèves plus âgées à des activités extrascolaires plus tardives pourrait expliquer en partie ce constat (Amschler et McKenzie, 2005). Notons également que les garçons (91,8%) sont un peu plus nombreux que les filles (85,6%) à mentionner qu'ils dorment au moins dix heures la plupart des nuits. Enfin, six élèves sur dix révèlent qu'ils n'ont jamais de difficultés à s'endormir. Cependant ils sont tout de même 5,9% à avoir de la difficulté à trouver le sommeil chaque jour. Les filles semblent plus nombreuses que les garçons à avoir de la difficulté à trouver le sommeil en se couchant (Figure 14).

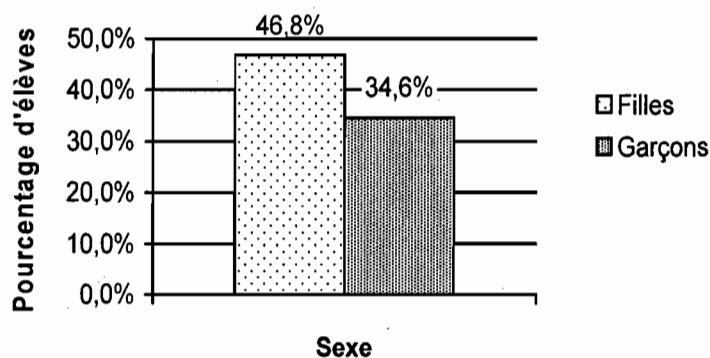


Figure 14. Élèves ayant des difficultés à s'endormir selon leur sexe

En répondant au questionnaire, plus de sept répondants sur 10 disent qu'ils ressentent de la fatigue de temps à autre durant la journée. Toutefois, il semble que les filles soient plus enclines que les garçons à être touchées par la fatigue (Figure 15).

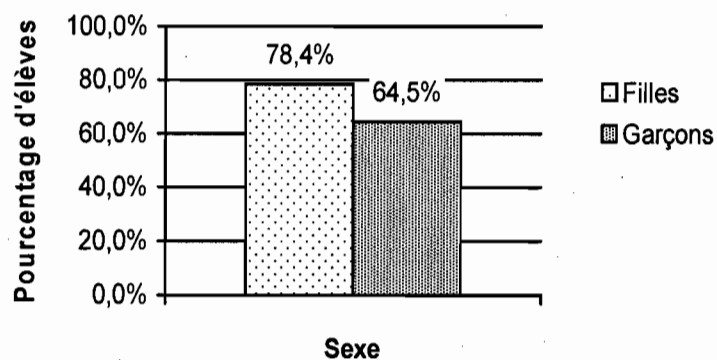


Figure 15. Pourcentage d'élèves qui ressentent de la fatigue quelques fois par semaine durant la journée selon leur sexe

Les connaissances des élèves relatives à la santé

Les élèves ont été interrogés sur certaines connaissances relatives à leur santé : les groupes alimentaires, la pratique d'activité physique et le sommeil. La plupart des élèves interrogés (79,5%) disent connaître les quatre groupes alimentaires; seuls 6,8% d'entre eux semblent n'en connaître aucun. Évidemment, chez les élèves du préscolaire, seulement 45,5% d'entre eux disent connaître les quatre groupes alimentaires. Par ailleurs, plus de 70% des élèves ayant répondu au questionnaire savent qu'il est conseillé de faire au moins 30 minutes d'activité physique chaque jour pour en obtenir des bénéfices sur la santé (Figure 16). Concernant les connaissances des élèves en matière de sommeil, plus de deux élèves sur trois estiment qu'ils doivent dormir dix heures chaque jour. Il est possible de supposer que ces élèves connaissent les recommandations en matière de sommeil pour les enfants d'âge scolaire ou leurs perceptions s'en rapprochent.

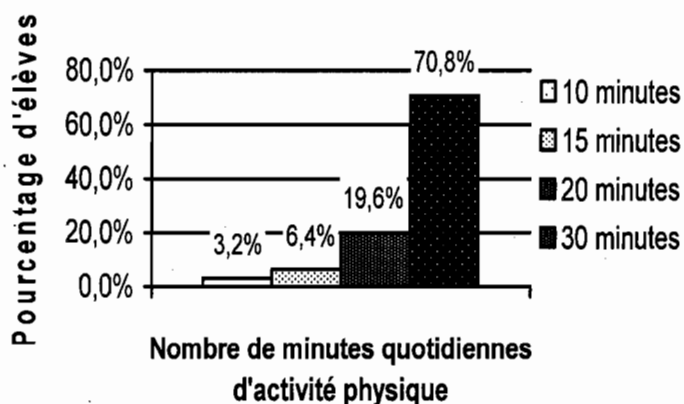


Figure 16. Nombres de minutes quotidiennes d'activité physique que les élèves estiment devoir faire quotidiennement

La première partie de ce chapitre permet de faire la lumière sur certaines variables de présage (les habitudes de vie des élèves) susceptibles d'influencer non seulement l'engagement des élèves dans l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé mais aussi celui des enseignants dans la mise en œuvre des deux stratégies. Les pages suivantes portent sur le deuxième thème de recherche : les profils d'engagement des élèves.

Profils d'engagement des élèves

Les traces écrites que les élèves ont laissées dans leur cahier-santé et dans leur feuille de compilation du quadrathlon-santé tout au long de l'expérimentation nous permettent de dégager différents profils d'engagement. Un profil d'engagement correspond à un ensemble de comportements et d'attitudes particulières qui caractérisent la façon dont un élève réalise les tâches proposées dans un passeport-santé, comme dans l'étude de Blais (2004). Cette chercheuse fait ressortir cinq profils d'engagement en s'appuyant sur les travaux de Tousignant et Siedentop (1983). Le premier profil d'engagement est le **profil régulier** dans lequel l'élève réalise les activités de façon autonome en respectant les consignes données et en remplit son passeport adéquatement. Dans le **profil transformé**, l'élève répond aux exigences du passeport-santé mais il modifie à la hausse ou à la baisse la fréquence et la difficulté des activités proposées. Un autre type de profil d'engagement adopté par les élèves est le **profil irrégulier** où l'élève réalise les activités de façon irrégulière; il peut aussi bien réaliser ses défis selon les exigences du passeport ou encore oublier de le remplir à certaines occasions.

D'autres élèves choisissent volontairement de ne pas s'engager dans la réalisation des activités ou encore ils omettent de remplir leur passeport durant toute la durée du projet; ils adoptent alors le **profil non-engagé**. Finalement, le **profil déguisé** s'applique à certains élèves qui laissent des traces dans leur passeport alors qu'ils n'ont pas réalisé leurs activités-défi ou encore qui imitent la signature de leurs parents afin de faire semblant d'être « actif ».

Les profils d'engagement tels que définis par Blais (2004) ont permis de catégoriser l'engagement des élèves au cours de l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé. Toutefois, ces différentes catégories ont dû être légèrement adaptées compte tenu des caractéristiques des deux stratégies expérimentées lors de la présente étude. Ainsi, l'analyse des informations contenues dans les cahiers-santé et dans les feuilles de compilation du quadrathlon-santé a permis l'identification de cinq profils d'engagement qui seront expliqués dans les pages suivantes. Il s'agit des profils « non-engagé », « engagé partiellement », « irrégulier », « régulier » et « transformé ».

Au cours l'expérimentation du cahier-santé

Le cahier-santé est une stratégie d'éducation à la santé individuelle. Durant les trois semaines d'expérimentation, les élèves se sont engagés dans la réalisation de défis en lien avec l'activité physique, l'alimentation, la relaxation et leurs connaissances sur la santé globale. Les traces écrites qu'ils ont laissées dans leur cahier-santé nous permettent de dégager leur profil d'engagement.

Profil non-engagé

L'analyse des cahiers-santé a permis de répertorier 64 élèves (21,8%) adoptant le profil non-engagé dans l'expérimentation du cahier-santé. Il est intéressant de remarquer que les garçons ont davantage tendance à ne pas s'engager dans la réalisation du cahier-santé comparativement aux filles; respectivement 27,7% contre 14,8% d'entre eux. Il apparaît que ce sont les élèves de deuxième cycle qui sont les plus nombreux à avoir adopté ce profil, soit 31,2% d'entre eux (Figure 17).

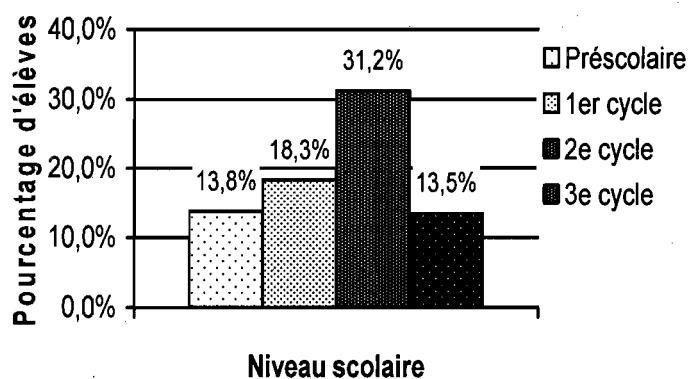


Figure 17. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil non-engagé lors de la réalisation du cahier-santé selon leur niveau scolaire

Ce profil correspond aux élèves qui ne laissent pas de traces de leur participation dans leur cahier. Les élèves qui n'ont pas remis leur cahier-santé à la fin de l'expérimentation font également partie de cette catégorie.

Profil partiellement engagé

Les élèves correspondant à ce profil ne se sont pas engagés durant les trois semaines de réalisation du cahier-santé; ils ont seulement participé durant une ou deux

semaines. Au total, 24,5% des élèves se sont partiellement engagés. Ce profil a été plus fréquemment observé chez les élèves de 1^{er} et de 3^e cycles (Figure 18).

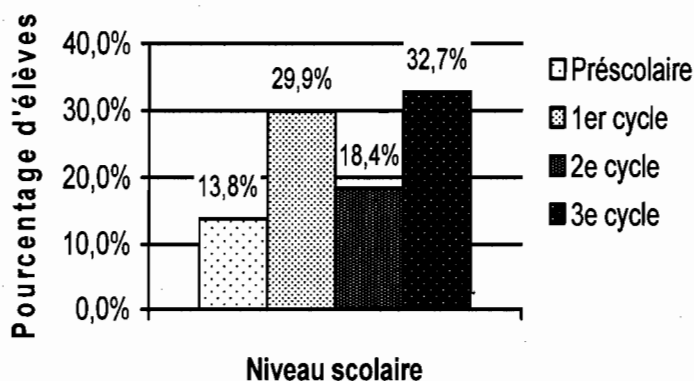


Figure 18. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil partiellement engagé lors de la réalisation du cahier-santé selon leur niveau scolaire

Profil irrégulier

Il s'agit ici des élèves qui s'engagent dans la réalisation de leurs défis durant les trois semaines de l'expérimentation du cahier-santé, mais qui ne réalisent pas le même nombre de défis chaque semaine. Ainsi, ils peuvent aussi bien prendre part à un seul défi pendant une semaine et à trois défis la semaine suivante. Un peu plus d'un élève sur dix adopte ce type de profil. Ce dernier semble être plus présent chez les élèves plus jeunes (Figure 19) et particulièrement chez les filles (Figure 20).

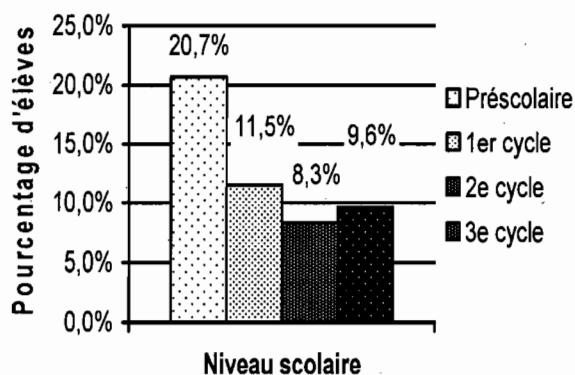


Figure 19. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil irrégulier lors de la réalisation du cahier-santé selon leur niveau scolaire

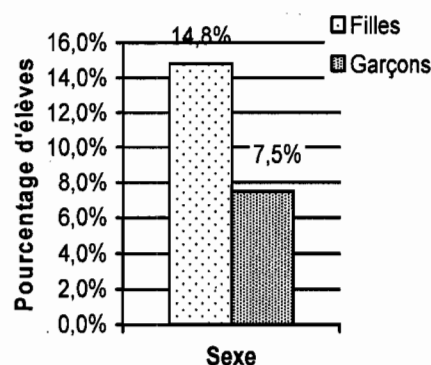


Figure 20. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil irrégulier lors de la réalisation du cahier-santé selon leur sexe

Au total, plus d'un tiers des élèves (35,4%) se sont engagés partiellement ou de façon irrégulière dans la réalisation du cahier-santé. Ce type d'engagement peut être expliqué par la charge de devoirs que les élèves peuvent avoir eu à certains moments du projet. À cet égard, certains parents mentionnent dans le questionnaire envoyé à la fin du projet que : « *Le cahier-santé était intéressant mais très exigeant lorsqu'il faut le concilier avec les travaux scolaires* » (2:47; 64-64)¹.

Profil régulier

Le profil régulier (Figure 21) correspond à la réalisation adéquate des deux défis hebdomadaires tels que mentionnés dans les consignes du cahier-santé et seulement 16% des participants ont choisi de s'y engager de cette façon ($n = 47$ élèves).

¹ Les verbatim sont accompagnés d'un code numérique obtenu lors du codage des données qualitatives à l'aide du logiciel Atlas-ti 4.2.

Semaine 1

Enseignant(e)
Bravo pour tes beaux efforts!
Continue ainsi.

Tes pressions
cherche le bon
bonhomme

Défi « alimentation »
Tu dois manger au moins un fruit par
repas durant toute la semaine.

Défi « activité physique »
Tu dois aller jouer dehors pendant 30
minutes avec une autre personne au
moins 3 fois durant la semaine.

Défi « relaxation »
Tu dois faire le défi « relaxation » n°1
au moins 3 fois dans la semaine.

Défi « connaissances »
Tu dois faire le défi « connaissances »
n°1.

Il parle nutrition et est très fier
de participer à ces défis.

Parents

Figure 21. Exemple de cahier d'un élève avec un profil d'engagement régulier (1^{er} cycle)

Les élèves du préscolaire sont beaucoup plus nombreux à adopter le profil régulier (44,8%). Cet élément s'explique certainement par l'adaptation du cahier-santé conçu pour les élèves de préscolaire. En effet, afin de simplifier la tâche, les deux défis à réaliser hebdomadairement ont été prédéterminés. Il s'agit donc d'une approche prescriptive. Ainsi, les élèves ne peuvent pas faire plus de défis que les deux demandés; ils ont donc davantage de chances que les élèves des autres niveaux d'adopter un profil régulier.

Profil transformé

Il s'agit ici des élèves qui modifient les exigences liées au cahier-santé, en faisant plus de défis que ce qui est demandé. Ainsi, ces élèves réalisent trois ou quatre défis chaque semaine. Le profil transformé (Figure 22) est celui que les élèves adoptent le plus souvent (26,9%). Remarquons que les filles (29,6%) semblent faire un peu plus de défis que les garçons (24,5%).

Semaine 1

Enseignant(e) *C'est bien parti! Super!*

Tes impressions
Encerle le bon bonhomme

→ Défi « alimentation »
Tu dois manger au moins 3 fruits par jour durant toute la semaine.

→ Défi « activité physique »
Tu dois aller jouer dehors pendant 30 minutes au moins 3 fois durant la semaine.

Défi « relaxation »
Tu dois faire le défi « relaxation » n°1 au moins 3 fois dans la semaine.

→ Défi « connaissances »
Tu dois faire le défi « connaissances » n°1.

Parents *[Signature]*

7

Figure 22. Exemple de cahier d'un élève avec un profil d'engagement transformé (2^e cycle)

En résumé, cinq profils d'engagement ressortent de l'expérimentation du cahier-santé. Quatre d'entre eux s'apparentent aux catégories de profils dégagés par Blais

(2004). Notons que le profil déguisé n'apparaît pas dans la présente étude. En effet, il nous a été impossible de vérifier la véracité des traces que les élèves ont laissées dans leur cahier. De plus, une nouvelle catégorie de profil a émergé : le profil partiellement engagé. En effet, il semble important de classer dans une catégorie à part entière les élèves qui ont pris part à l'expérimentation du cahier-santé sans toutefois participer assidument durant les trois semaines.

Au cours de l'expérimentation du quadrathlon-santé

Comparativement au cahier-santé, le quadrathlon-santé est une stratégie d'éducation à la santé collective. Chaque élève compile hebdomadairement le nombre de fruits et légumes qu'il consomme ainsi que le nombre de minutes de sport, d'activité physique et de relaxation qu'il fait. Les traces laissées dans le quadrathlon-santé permettent de dresser le profil d'engagement des élèves au cours des trois semaines d'expérimentation de cette stratégie.

Profil non-engagé

Seulement 9,5% des élèves ne se sont pas engagés dans le quadrathlon-santé. Les élèves de préscolaire et du deuxième cycle semblent plus nombreux à adopter ce type de profil alors que seul un élève du 3^e cycle ne s'est pas engagé dans la réalisation du quadrathlon-santé (Figure 23). De plus, les garçons ont moins participé que les filles (Figure 24).

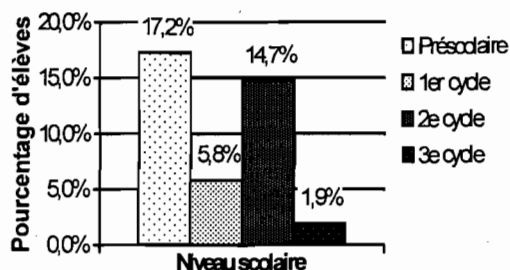


Figure 23. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil non-engagé lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur niveau scolaire

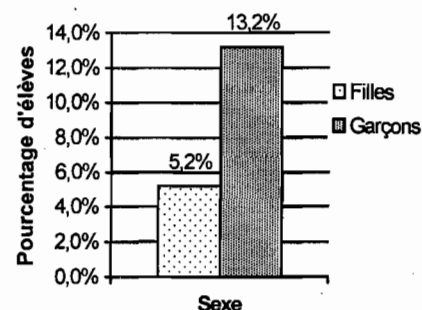


Figure 24. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil non-engagé lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur sexe

Profil partiellement engagé

Comme pour le cahier-santé, le profil partiellement engagé s'applique aux élèves (27,9%) n'ayant pas toujours participé durant les trois semaines du quadrathlon. Des différences sont visibles selon le niveau des élèves. En effet, les élèves du préscolaire (44,8%) et du 2^e cycle (33,9%) sont les plus nombreux à adopter ce profil (Figure 25).

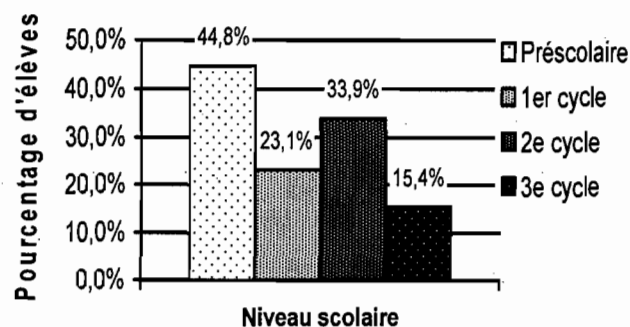


Figure 25. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil partiellement engagé lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur niveau scolaire

Profil irrégulier

Le profil irrégulier correspond aux élèves qui ne réalisent pas toujours leurs quatre défis au cours des trois semaines du quadrathlon-santé. Ce profil concerne 21,2% des élèves. Les élèves plus jeunes semblent adopter davantage ce profil (Figure 26).

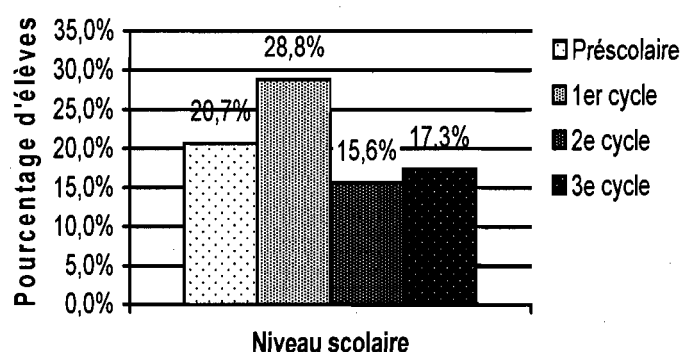


Figure 26. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil irrégulier lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur niveau scolaire

Profil régulier

Le profil régulier est le plus fréquemment adopté par les élèves durant la réalisation du quadrathlon-santé. Il s'agit de 37,1% des élèves qui complètent leurs quatre défis tels que proposés durant les trois semaines. Les élèves de 3^e cycle sont les plus nombreux à adopter ce profil, soit 55,8% d'entre eux (Figure 27) alors que les élèves du préscolaire sont peu nombreux à s'engager de façon régulière (10,3%). Il n'existe pas de différence entre les sexes pour ce profil d'engagement (37,8% des filles contre 36,5% des garçons).

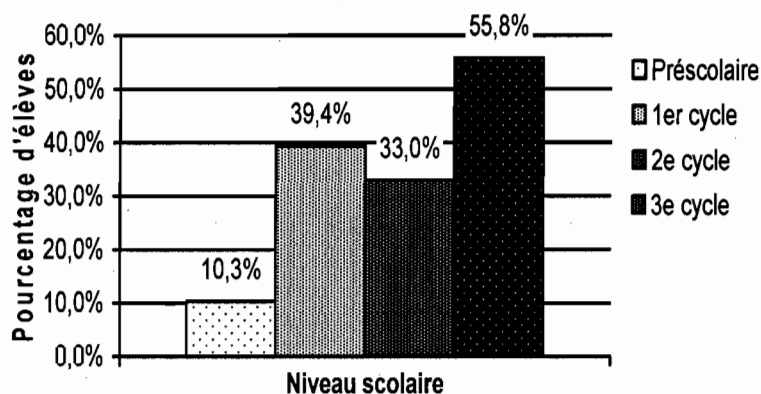


Figure 27. Pourcentage des élèves qui adoptent le profil régulier lors de la réalisation du quadrathlon-santé selon leur niveau scolaire

Profil transformé

Les élèves (4,4%) qui adoptent un profil transformé durant la réalisation du quadrathlon-santé modifient les exigences à la baisse. Il s'agit de quelques élèves qui réalisent durant trois semaines les mêmes défis. Par exemple, un élève adoptant ce profil fera seulement du sport et de la relaxation.

En somme, lors de l'expérimentation du quadrathlon-santé, les élèves adoptent davantage le profil régulier. De plus, près de neuf élèves sur 10 ont participé à l'expérimentation du quadrathlon-santé alors que moins de huit élèves sur 10 ont participé au cahier-santé (Tableau 4). Par ailleurs, soulignons que cinq élèves du 3^e cycle n'ayant pas obtenu le consentement de leurs parents pour le cahier-santé l'ont acquis pour l'expérimentation de cette stratégie collective, ils ont ainsi pu s'engager dans la réalisation du quadrathlon-santé. Les élèves semblent donc s'engager davantage

dans une stratégie comme le quadrathlon-santé plutôt que dans une stratégie individuelle telle que le cahier-santé.

Tableau 4

Profils d'engagement adoptés par les élèves selon la stratégie expérimentée

Profil	Cahier-santé (%)	Quadrathlon-santé (%)
Non-engagé	21,8	9,5
Partiellement engagé	24,5	27,9
Irrégulier	10,8	21,1
Régulier	16,0	37,1
Transformé	26,9	4,4

Soutien des adultes

Les parents

Tout au long de l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé, les parents ont été invités à soutenir et à encourager les efforts de leur enfant. Chaque semaine, les parents pouvaient laisser des traces écrites en guise de soutien à leur enfant pour son implication dans le cahier-santé et dans le quadrathlon-santé. Plus de la moitié des parents d'élèves (52,0%) ont laissé des traces dans le cahier-santé ou le quadrathlon-santé de leur enfant, et ce, au moins une fois durant l'expérimentation de chaque stratégie. Cependant, pour certains parents, le suivi de leur enfant tout au long de l'étude est apparu comme une tâche exigeante. Ainsi, ils mentionnent dans le questionnaire

que : « *Ça demande de la supervision de la part du parent et en même temps que les devoirs certains soirs, c'était de trop.* » (2:90; 143-143).

Les parents ont soutenu leur enfant quasiment à la même fréquence pour les deux stratégies expérimentées (51,0% pour le cahier-santé et 53,0% pour le quadrathlon-santé). Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de différence significative dans le suivi des parents selon le sexe de leur enfant (53,0% pour les filles contre 51,3% pour les garçons). Toutefois, le suivi des parents est différent selon le niveau scolaire de l'élève. Ainsi, on observe une diminution significative du suivi des parents à partir du 2^e cycle ($\chi^2=22,8$; $df=3$; $p<0,001$). Alors que plus de 60% des parents laissent des traces dans les cahiers des élèves du préscolaire et du 1^{er} cycle, ils sont moins de la moitié à le faire chez les élèves plus âgés (Tableau 5). Cette nette diminution du suivi des parents à partir du 2^e cycle reflète les constats faits par d'autres chercheurs. Par exemple, Eccles et Harold (1996) ainsi que Pelco et Ries (1999) soulignent une grande diminution de la participation parentale à partir de la fin du 2^e cycle du primaire.

Tableau 5
Participation des parents selon le niveau scolaire de leur enfant

Niveau scolaire	Participation	Aucune participation
Préscolaire	67,2%	32,8%
1 ^{er} cycle	67,3%	32,7%
2 ^e cycle	40,8%	59,2%
3 ^e cycle	36,5%	63,5%

La participation des parents se traduit de différentes manières. Les signatures sont les traces les plus fréquemment laissées par les parents, soit plus de 80 % des traces. Remarquons que les commentaires sont plus présents dans le cahier-santé que dans le quadrathlon-santé. De plus, les élèves reçoivent davantage de commentaires lorsqu'ils sont plus jeunes (Tableau 6).

Tableau 6
Commentaires laissés par les parents selon la stratégie expérimentée et le niveau scolaire de l'enfant

Stratégie	Préscolaire	1 ^e cycle	2 ^e cycle	3 ^e cycle
Cahier-santé	27,6%	19,2%	4,6%	3,8%
Quadrathlon-santé	10,3%	11,5%	7,3%	0,0%
Total	18,9%	15,3%	5,9%	1,9%

Même si seulement un parent sur 10 écrit un commentaire dans le cahier-santé ou le quadrathlon-santé de son enfant, l'analyse de ces traces écrites réalisée à la lumière du cadre conceptuel spécifique à la présente étude fait ressortir des informations intéressantes. Ainsi, deux catégories de commentaires émergent de l'analyse : **les communications à l'intention des enseignants et les encouragements destinés aux enfants**. D'une part, les parents se sont servis du cahier-santé et du quadrathlon-santé comme d'un vecteur de communication avec les enseignants. Deux types de messages sont destinés aux enseignants; il s'agit ici d'**anecdotes** ou de **justifications** ayant trait à la réalisation des défis. Dans la catégorie des **anecdotes**, il est possible de relever des commentaires de parents tels que : « *Il parle de nutrition et est très fier de participer à*

*cette étude » (2:101; 156-156); « Gabriel a mangé chaque jour la poire que je lui mettais alors qu'avant, le fruit revenait » (2:96; 151-151) ou encore « William fait participer son petit frère de 4 ans. On s'amuse beaucoup » (2:99; 154-154). D'autres parents ont eu recours au cahier-santé afin de justifier le comportement de leur enfant dans la réalisation de leurs défis. Voici quelques exemples de leurs **justifications** : « On l'avait fait avant, mais on avait oublié d'encercler et de signer » (2:95; 150-150); « Alexandra a fait un défi seulement, car elle a été malade » (2:97; 152-152). D'autre part, certains parents ont laissé des commentaires destinés à encourager leur enfant dans sa démarche. Répertoriés à tous les cycles, il y a des commentaires tels que : « Bravo! » (2:93; 148-148), « Super ! Champion ! » (2:24; 149-149) ou encore « C'est super trésor! Tu manges beaucoup de légumes, c'est plein de vitamines » (2:92; 147-147).*

Les différents commentaires reflètent le caractère multidimensionnel de la participation parentale (Deslandes, 1996). À cet effet, Epstein (1992) définit quant à elle six types de relations parents-école. Deux d'entre elles apparaissent dans les commentaires des parents. Les anecdotes et les justifications s'apparentent aux relations de type 2 : la communication. Il s'agit d'échanges bidirectionnels entre la famille et l'école concernant l'élève qui est le centre de ces échanges (Epstein, 2001). D'après les mêmes écrits, les encouragements des parents font partie d'un autre type de participation : la participation durant l'apprentissage à la maison. L'aide dans l'apprentissage regroupe aussi bien l'aide dans les devoirs que les encouragements et les compliments que les parents font à leur enfant concernant leur vécu scolaire (Deslandes, 2001).

Le soutien apporté par plus de la moitié des parents durant les six semaines de l'étude est un résultat encourageant étant donné l'impact positif que ce dernier peut avoir sur les élèves. En effet, la littérature démontre que le support et les encouragements des parents entraînent une augmentation de la pratique d'activité physique (Cameron et al., 2007; Gustafson et Rhodes, 2006; Sallis, Prochaska et Taylor, 2000). Par ailleurs, les faits sont semblables s'il est question d'alimentation (Carrière, 2003).

Les enseignants

Tout comme les parents, les enseignants ont pu accompagner les élèves dans l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé. Six des 14 enseignants se sont impliqués dans le suivi de leurs élèves en laissant des traces écrites dans leur cahier-santé. Il s'agit de quatre enseignants du 1^{er} cycle, d'un enseignant du 2^e cycle et d'un dernier au 3^e cycle. Remarquons que les enseignants semblent encadrer davantage les élèves les plus jeunes. En effet, si les enseignants de 1^{er} cycle veulent que leurs élèves s'engagent adéquatement dans la démarche, ils doivent davantage les guider dans leurs actions ne serait-ce que pour la lecture des consignes. À cet égard, une enseignante de ce niveau indique que : « *Avec les petits, c'est toujours un peu plus long parce qu'ils sont moins autonomes* » (3:46; 75-75). Certains d'entre eux ont laissé des traces écrites dans les cahiers-santé, dans l'espace qui leur était réservé, en écrivant des commentaires ou en y apposant des étampes ou des autocollants. Les commentaires des enseignants sont de l'ordre des encouragements tels que : « *Tu es un champion!* » (1:13; 24-24),

« *Bravo! Tu travailles fort pour ta santé* » (1:11; 22-22) ou encore « *T'es capable!* » (1:3; 8-8). D'autre part, les enseignants se servent également du cahier-santé pour rappeler à leurs élèves les tâches qu'ils ont à réaliser. À titre d'exemple, on retrouve des commentaires tels que : « *Il te manque un défi* » (1:2; 4-4) ou « *Défi connaissance à réaliser* » (1:6; 14-14).

L'analyse des verbatim d'entrevues renseigne davantage sur les moyens mis en œuvre par les enseignants dans leur classe pour soutenir et accompagner leurs élèves. D'une part, ils rappellent à ces derniers ce qu'ils ont à faire, ils suscitent leur intérêt par rapport aux défis et ils expliquent : « *J'en parlais à chaque jour.* » (3:12; 31-31); « *Je mettais [un rappel] dans l'agenda* » (3:28; 35-35). D'autre part, ils ont un rôle important dans le développement des compétences des élèves. Certains d'entre eux regardent les réponses que les élèves ont écrites dans leur cahier-santé, ils les questionnent ou leur donnent des feedback : « *J'ai regardé chaque livret [...], je leur mettais une étoile ou une petite fleur* » (3:37; 67-67); « *J'essayais de leur faire faire des défis qu'ils n'avaient pas faits la semaine d'avant* » (3:37; 67-67).

Le directeur d'établissement s'est dit surpris de l'engagement de son équipe dans le projet malgré leur importante charge de travail : « *Je ne pensais pas qu'ils embarqueraient tant que ça. [...] Les enseignants avaient beaucoup de travail à faire, ils ont embarqué quand même et j'ai entendu personne rouspéter* » (1:32; 69-69). Toutefois, les enseignants semblent ne pas s'être engagés autant qu'ils l'auraient voulu. Une répondante mentionne qu'elle s'est « *fait un devoir de soutenir les élèves dans leur démarche* » (3:10; 31-31). Cependant, la charge de travail de cette période de l'année

n'a pas permis un engagement optimal de l'équipe-école : « *Je n'avais pas le temps de gérer ça tant que ça. [...] Je n'ai pas pu m'y consacrer autant que j'aurais voulu.* » (4:12; 40:40); « *J'aurais aimé aller jusqu'au bout. Pour moi, ça n'a pas été fait à mon goût* » (3:39; 67-67).

Influence de la participation des parents et des enseignants sur l'engagement des élèves

Les résultats de la présente étude démontrent que les traces écrites laissées par les parents influencent positivement le profil d'engagement des élèves. De manière générale, les élèves s'engagent davantage de façon adéquate dans l'expérimentation des deux stratégies d'éducation à la santé proposées lorsqu'ils obtiennent le soutien de leurs parents (Figures 28 et 29).

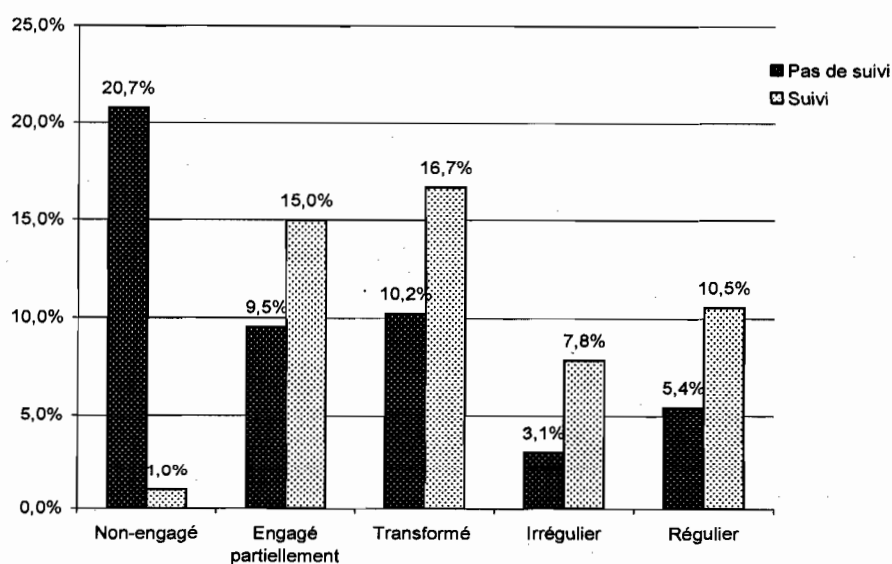


Figure 28. Engagement des élèves selon le suivi de leurs parents dans l'expérimentation du cahier-santé

Plus de 60% des élèves s'engagent de façon adéquate lorsqu'ils sont suivis par leurs parents alors que seulement 38,6% le font s'ils n'obtiennent pas de traces écrites de leurs parents ($\chi^2=15,9$; $dl=1$; $p<0,001$). On parle d'un engagement adéquat de l'élève lorsqu'il s'engage pendant les trois semaines d'expérimentation de la stratégie. Plus précisément, il s'agit des profils irrégulier, régulier et transformé qui permettraient de favoriser davantage l'adoption de saines habitudes de vie étant donné un engagement à plus long terme que les autres profils.

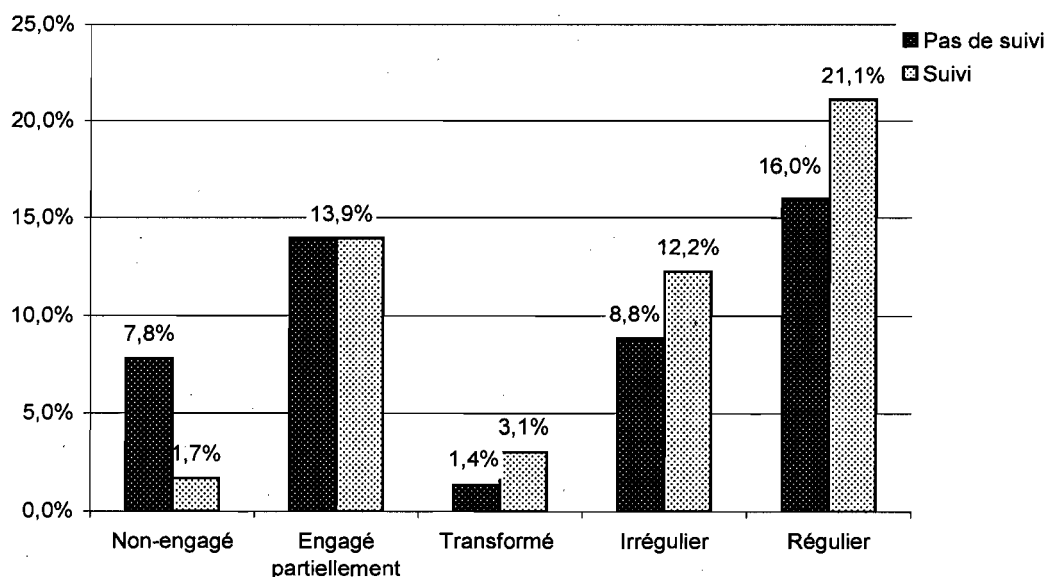


Figure 29. Engagement des élèves selon le suivi de leurs parents dans l'expérimentation du quadrathlon-santé

L'ensemble des résultats révèle que les traces écrites laissées par les parents et le profil d'engagement de l'élève sont étroitement liés. En effet, le suivi des parents semble favoriser l'assiduité des élèves dans la réalisation des défis proposés dans le

cahier-santé et le quadrathlon-santé et ainsi permettre un engagement à plus long terme des élèves. Ce constat permet de faire un parallèle avec les résultats d'Epstein (1996) qui souligne que le soutien des parents favorise l'assiduité dans la réalisation des devoirs scolaires. En effet, cette dernière fait ressortir que la participation parentale influence positivement les comportements des enfants.

Certains enseignants ont également laissé des traces dans les cahiers-santé des élèves. Toutefois, l'analyse de ces données ne montre pas de lien significatif entre les traces laissées par les enseignants et le profil d'engagement des élèves. Fait intéressant, il semble qu'il y ait une relation significative entre les traces laissées par les enseignants et celles laissées par les parents dans le cahier-santé des élèves. En effet, les parents laissent davantage de traces dans le cahier-santé de leur enfant lorsque les enseignants l'annotent aussi ($\chi^2=33,2$; $df=1$; $p<0,001$). Les interactions au sein du trio élève-parent-enseignant sont représentées à la Figure 30.

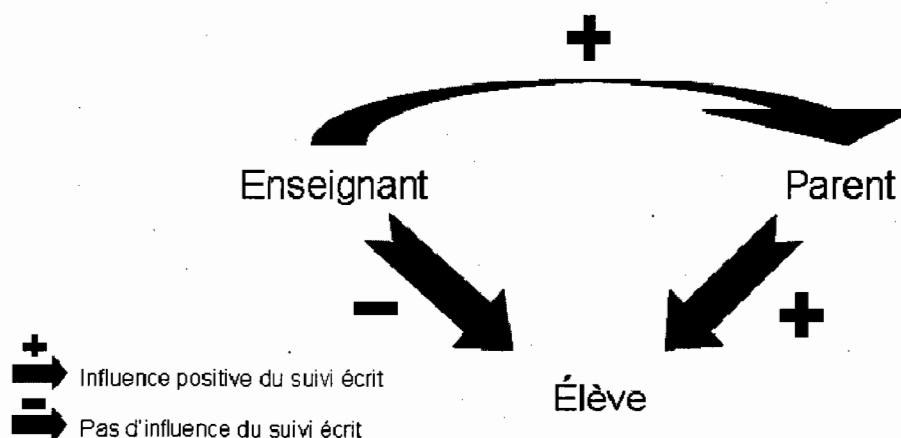


Figure 30. Relations au sein du trio élève, parent et enseignant

À ce sujet, Epstein (1996) mentionne que les parents tendent à participer davantage aux activités de l'école lorsque l'école met l'accent sur la collaboration école-famille. En outre, Epstein et Dauber (citées par Deslandes, 2001) soulignent dans leurs écrits que l'attitude des enseignants a une influence sur le degré de participation des parents. Il est donc possible de se demander si ces derniers ont vu dans les commentaires des enseignants une invitation à participer davantage au soutien de l'élève dans sa démarche.

Perceptions des parents et des enseignants

L'engagement des élèves

Perception des parents

Au total, 294 questionnaires ont été distribués aux parents et 127 (43,5%) ont été rapportés par les élèves. La plupart des répondants (93,7%) ont été témoins la participation de leur enfant aux deux stratégies proposées durant l'étude. Seuls 3,9% des parents rapportent que leur enfant a fait peu de défis durant les six semaines d'expérimentation. Près d'un parent sur trois (30,7%) estiment que leur enfant a fait quelques défis au cours des six semaines du projet. La majorité des parents (38,6%) juge que leur enfant a fait plusieurs défis et un quart d'entre eux rapporte que leur enfant s'est engagé dans l'ensemble des défis proposés durant le projet. Notons que d'après les parents, les élèves de 1^{er} et de 3^e cycles semblent être plus nombreux à réaliser plusieurs voire même tous les défis comparativement à leurs camarades de préscolaire et de deuxième cycle (Tableau 7).

Tableau 7

Engagement des élèves perçu par les parents selon le niveau scolaire

Mon enfant...	Préscolaire	1 ^e cycle	2 ^e cycle	3 ^e cycle
Est non-engagé	0 %	0 %	0 %	5,7 %
Fait peu de défis	14,3 %	2,0 %	6,1 %	2,9 %
Fait quelques défis	57,1 %	24,0 %	42,4 %	25,7 %
Fait plusieurs défis	0 %	42,0 %	33,3 %	45,7 %
Fait tous les défis	28,6%	32,0 %	18,2 %	20,0 %

Perception des enseignants

L'analyse des entrevues réalisées à la fin de l'année scolaire révèle certaines informations intéressantes concernant l'engagement des élèves. Les enseignants nous rapportent une participation mitigée de la part des élèves. Certains enfants ont réalisé l'ensemble des défis avec application : « *Il y a certains élèves qui voulaient toujours bien faire, ils voulaient que ce soit parfait, ils justifiaient beaucoup* » (4:16; 48-48); alors que d'autres remplissaient leur cahier avec moins de sérieux : « *J'ai l'impression qu'il y a des enfants qui le remplissait tous les soirs, mais que d'autres le remplissaient le vendredi quand je leur disais de me rapporter leur carnet le lundi matin* » (3:50; 87-87). Pour les plus vieux, il ne s'agissait pas nécessairement « *d'un grand défi* » (4:18; 56-56) mais l'enseignante rapporte que ses élèves ont bien participé à l'activité.

Les élèves semblent avoir apprécié le cahier-santé : « *Il y en a qui ont bien aimé ça. Il y en a qui ont fait tous les petits jeux, tous les défis* » (3:35; 67-67). Toutefois, les propos des répondants font ressortir un engouement plus important des élèves pour le

quadrathlon-santé. La compétition entre les différentes classes a suscité un grand intérêt chez les élèves. À cet égard, remarquons que cinq élèves de 3^e cycle ont demandé le consentement de leurs parents pour qu'ils puissent participer au quadrathlon-santé alors qu'ils n'avaient pas voulu prendre part à l'expérimentation du cahier-santé. De plus, les élèves semblent attentifs aux résultats obtenus par leur classe : « *Ils surveillaient les résultats.* » (3:40; 71-71); « *Ils allaient voir et* » « *Oh ! Elle s'est bien classée Mme Denise* » « *C'était stimulant.* » (3:43; 71-71); « *C'était amusant au niveau de la classe; ils ont aimé ça, ils avaient hâte de voir combien on avait. Oui, je peux dire que le quadrathlon-santé a été aimé* » (4:27; 92-92). La compétition occasionnée par le quadrathlon-santé a suscité un intérêt plus marqué des élèves que pour le cahier-santé. À ce propos, il est intéressant de noter que les élèves sont plus nombreux à s'être engagés adéquatement dans la réalisation du quadrathlon-santé plutôt que du cahier-santé ($\chi^2=4,73$; dl=1, $p<0,005$).

Dans un autre ordre d'idée, une des enseignantes interrogées soulève un questionnement quant à la véracité des traces laissées par les élèves. À ce propos, elle dit : « *des fois, je doutais de la réponse de l'enfant* » (3:23; 43-43). Remarquons ici que les informations que les élèves ont inscrites dans leur cahier-santé ou leur quadrathlon-santé ne semblent ne pas toujours refléter les faits réels et les enseignants se sont sentis impuissants face à ce constat. Dans son étude, Blais (2004) définit ce profil comme le profil déguisé. Elle le retrouve chez un ou deux élèves dans chaque classe. Les modalités de la présente étude ne permettent pas de vérifier l'exactitude des informations rapportées par les élèves.

Des changements dans le comportement et les attitudes des élèves

Perception des parents

Il est intéressant de noter qu'après six semaines d'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé, plus de la moitié des parents répondants (53,2%) ont remarqué des changements dans le comportement ou l'attitude de leur enfant, huit parents (6,5%) n'ayant pas été en mesure de répondre à cette question. Par ailleurs, les parents d'élèves de préscolaire et 1^{er} cycle semblent plus nombreux à avoir remarqué des changements chez leur enfant que les parents d'élèves de 2^e et 3^e cycles (Figure 31).

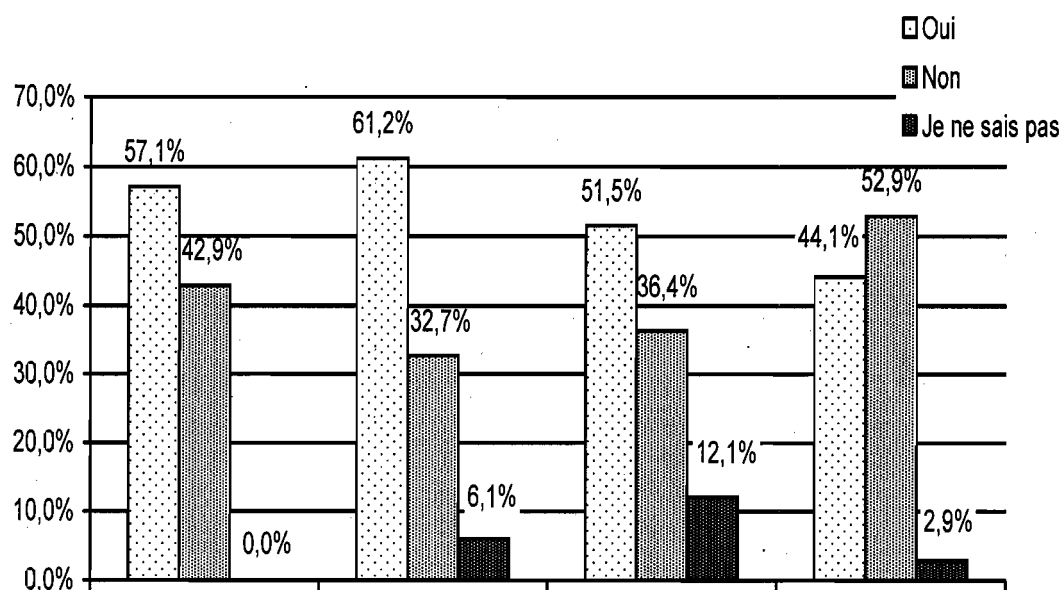


Figure 31. Changements perçus par les parents dans le comportement et les attitudes des enfants

Les changements perçus sont différents selon les enfants. Plusieurs parents mentionnent que des changements ont eu lieu dans les attitudes en lien avec la pratique d'activité physique: « *Il a pris conscience de l'importance de l'exercice* » (2:36; 47-47);

« *Cela lui a donné le goût de bouger de plus en plus* » (2:74; 119-119). D'autres parents font part de changements reliés à l'alimentation : « *Il comprend davantage les aliments qui sont bons pour sa santé. Il s'aperçoit lui-même lorsqu'on n'a pas beaucoup mangé de légumes ou de fruits dans une journée!* » (2:98; 153-154); « *Mon enfant mange beaucoup plus de fruits, avant il en mangeait peu ou pas du tout* » (2:25; 36-36). Quelques changements ont également été observés par rapport à la relaxation et à l'attitude de l'élève. À ce sujet, des parents rapportent que leur enfant était « *plus patient envers les autres* » (2:83; 130-130) ou encore « *de meilleure humeur* » (2:84; 131-131).

De manière générale, l'analyse des perceptions des parents fait ressortir que les changements les plus fréquents sont relatifs aux habitudes alimentaires des enfants (Figure 32). La pratique d'activité physique représente quant à elle un quart des modifications de comportements observés. Les nombreuses activités en lien avec la saine alimentation proposées par l'école et les enseignants comme la politique des collations santé ou le mois de l'alimentation ne sont certainement pas étrangères à ces constats. Les élèves, déjà sensibilisés à la saine alimentation, peuvent entrer dans un processus de modification d'habitudes de vie plus aisément.

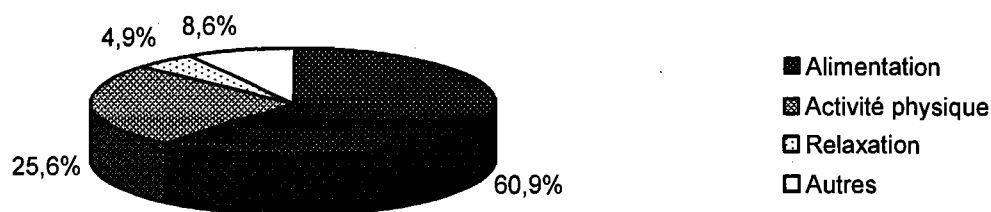


Figure 32. Habitudes de vie des élèves pour lesquelles des changements sont perceptibles par les parents

Perception des enseignants

Les enseignants interrogés se disent mal placés pour observer ces changements qui seraient selon eux plus visibles dans les familles : « *Je suis certain qu'il y a eu des changements surtout à la maison, dans le garde-manger, sauf que moi, je ne suis pas bien placé pour voir ces changements-là* » (1:38; 77-77). Toutefois, il est important de remarquer qu'il semble y avoir eu des prises de conscience à l'issue de l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé : « *Je suis convaincu que plusieurs élèves ont pris conscience qu'ils avaient des comportements adéquats ou non, mais à quel point...* » (2:61; 71-71); « *J'ai beaucoup d'élèves qui se sont rendus compte que leur alimentation était importante [...] et ils vont faire plus attention.* » (4:24; 84-84); « *Je sais que les enfants sont plus soucieux de leur alimentation, qu'ils sont soucieux de bouger plus cette année* » (1:40; 77-77). Même si d'autres changements ne sont pas perceptibles par l'équipe-école, la conscientisation est un premier pas vers l'adoption d'un mode de vie sain et actif. En effet, Prochaska et ses collègues (1994) démontrent que la modification d'une habitude de vie implique différents stades de changement; les deux premiers sont la précontemplation et la contemplation. Le passage obligé de la première à la deuxième se fait par une prise de conscience de son mode de vie et de ses conséquences sur la santé. Ainsi, les deux stratégies ont permis à certains élèves d'amorcer une démarche visant l'adoption de saines habitudes de vie.

En somme, bien que l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé n'ait duré que six semaines, parents et enseignants perçoivent déjà des changements chez les élèves. D'une part, d'après les enseignants, une prise de conscience de leurs

habitudes de vie et de leurs effets sur la santé semble apparaître dans leurs attitudes.

D'autre part, selon les parents, des modifications ont pu être observées essentiellement dans leurs comportements face à l'alimentation et à leur pratique d'activité physique.

CHAPITRE IV

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le but de cette étude est de décrire l'engagement des élèves de préscolaire et de primaire ainsi que la participation des parents et des enseignants dans l'expérimentation de deux stratégies d'éducation à la santé en mettant en avant plan les relations qui s'établissent entre ces acteurs. À la lumière d'un cadre conceptuel inspiré des modèles de Brunelle et ses collègues (1988) et de celui d'Epstein (1992; 1996; 2001), l'analyse des principales données permet de faire ressortir différents constats ainsi que de nouvelles avenues de recherches. La discussion s'articulera autour de cinq axes :

1. Un milieu facilitant la mise en œuvre de stratégies d'éducation à la santé;
2. Deux stratégies mobilisatrices : le cahier-santé et le quadrathlon-santé;
3. Des interactions entre les différents acteurs;
4. Des changements perceptibles chez les élèves;
5. Des pistes de recherches futures.

Un milieu facilitant la mise en œuvre de stratégies d'éducation à la santé

La collaboration du milieu scolaire

Le partenariat initié par le directeur de l'école constitue un atout important dans la réalisation de la présente étude puisque ce dernier nous a accordé son soutien tout au long du projet. La littérature démontre d'ailleurs que l'appui de la direction d'école

figure au palmarès des conditions favorables à la mise en œuvre de stratégies concertées d'éducation à la santé (Martin et Arcand, 2005; Rowan et al, 2003). Tout aussi important, le plan de réussite de l'école axé sur la santé des jeunes constitue le point de départ favorisant la mise en œuvre de stratégies concertées d'éducation à la santé car il est l'élément de formation central autour duquel s'engage l'ensemble du personnel de l'école (Arcand, 1998; Deschesnes et Lefort, 2004). Ce plan de réussite a servi de point d'ancrage à l'expérimentation des stratégies telles que le cahier-santé et le quadrathlon-santé, et ce en collaboration avec l'ensemble de l'équipe-école. Il a été possible de constater que les enseignants de cette école, déjà sensibilisés à l'importance de l'éducation à la santé, ont été plus à même de mettre en œuvre les différentes stratégies proposées et de soutenir leurs élèves dans leur démarche. D'ailleurs, Martin et Arcand (2005) soulignent que la mobilisation du personnel de l'école constitue un élément essentiel dans la mise en œuvre de stratégies d'éducation à la santé en milieu scolaire.

Comme le font ressortir les recherches en matière d'éducation à la santé en milieu scolaire (Kino-Québec, 2004; Martin et Arcand, 2005; Rowan et al., 2003) et dans la présente étude, le leadership de la direction d'établissement et la mobilisation de l'équipe-école ont permis d'optimiser la mise en œuvre de stratégies favorisant l'adoption de saines habitudes de vie par les jeunes.

Des élèves collaborateurs

Les 294 élèves du préscolaire à la 5^e année du primaire ont pris part à l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé. Leur participation nous a permis de relever cinq profils d'engagement qu'ils adoptent naturellement lors de la

réalisation de stratégies d'éducation à la santé. En moyenne, plus de 80% des élèves se sont engagés à différents niveaux dans les activités proposées. Ces élèves ont donc été des informateurs essentiels à la présente étude.

Des parents qui participent à leur manière

Bien que la littérature révèle que la mobilisation des parents soit un défi majeur en éducation à la santé (Hamel et al., 2001), plus de la moitié des parents ont soutenu leur enfant lors de la présente étude. Leur participation se manifeste par des traces écrites qu'ils laissent dans le cahier-santé ou encore dans la feuille de compilation du quadrathlon-santé de leur enfant. Ainsi, il a été possible de faire ressortir le caractère multidimensionnel de la participation parentale (Deslandes, 1996) dans le suivi des élèves.

Ces quelques exemples démontrent que cette école constitue un milieu de choix pour mettre de l'avant des stratégies d'éducation à la santé impliquant des enseignants et des parents pour accompagner l'élève dans une démarche d'adoption d'un mode de vie sain et actif.

Deux stratégies mobilisatrices : le cahier-santé et le quadrathlon-santé

De manière générale, cinq profils d'engagement sont ressortis: non-engagé, partiellement engagé, irrégulier, régulier et transformé. Les profils irrégulier, régulier et transformé se démarquent par la durée de l'engagement des élèves. En effet, il s'agit d'enfants qui prennent part à la réalisation des défis proposés pendant toute la durée du projet. Ainsi, en multipliant les occasions fournies aux élèves pour s'engager dans

diverses stratégies visant le plus long terme, ceux-ci seront plus susceptibles de développer leur compétence à « adopter un mode de vie sain et actif » (Blais, 2004; Rivard et Trudeau, 2007). Prochaska et ses collègues (1994) soulignent qu'il faut au moins six mois d'action avant d'arriver à un stade de maintien d'une habitude de vie. À ce stade, ces auteurs estiment que l'individu a adopté ce comportement et qu'il a donc davantage de chances de le garder tout au long de sa vie (Malina, 2001; OMS, 2004; Vigarello, 1996).

Les élèves ont été plus nombreux à s'engager de manière adéquate, c'est-à-dire en adoptant un profil irrégulier, régulier ou encore transformé, pendant la réalisation du quadrathlon-santé, à caractère collectif, plutôt que du cahier-santé, à caractère individuel. À la lumière de ces résultats, l'utilisation de la stratégie collective favorise un engagement plus soutenu chez l'élève comparativement à la stratégie individuelle et elle semble plus prometteuse à long terme dans la perspective d'une réelle adoption d'habitude de vie saine et active. Outre le caractère collectif du quadrathlon-santé, sa dimension compétitive avec défis inter-classes pourrait être une des explications du plus grand nombre d'élèves engagés adéquatement tout au long du projet. En effet, les élèves peuvent y trouver une source de motivation importante, qu'elle soit intrinsèque ou extrinsèque. Ce constat nous permet de conclure que la combinaison de stratégies d'éducation à la santé, à la fois individuelle et collective, pourrait optimiser l'implication des élèves dans un processus d'adoption de saines habitudes de vie. Autre constat qui mérite toute notre attention : les filles sont plus nombreuses que les garçons à adopter le profil régulier dans l'expérimentation des deux stratégies proposées.

Pourtant, celles-ci sont généralement moins actives que les garçons de leur âge (Cameron et al., 2007; Trost et al., 2003). Il apparaît donc intéressant d'interpréter nos résultats à la lumière des conclusions de recherche menées dans le contexte des devoirs et des leçons. En effet, plusieurs études font ressortir que les filles sont plus assidues dans les devoirs et leçons que les garçons. Nous sommes à même de nous demander si des stratégies d'engagement actif à court terme proposées dans le contexte des devoirs et leçons pourraient être une piste de solution afin de contrer le désengagement des filles face à la pratique d'activité physique.

Des interactions entre les différents acteurs

Les stratégies d'éducation à la santé utilisées lors de cette étude sollicitent la participation des parents. Ceux-ci ont été invités à soutenir les enfants en laissant des traces écrites dans le cahier-santé et le quadrathlon-santé et en participant à quelques défis avec eux. Ainsi, était attendue une relation de collaboration entre l'école et la famille dans une visée commune qui est le développement de saines habitudes de vie chez l'enfant. Les résultats de l'étude révèlent que la participation des parents est plus fréquente au préscolaire et au 1^{er} cycle comparativement aux autres cycles. Si notre étude mesurait les impacts sur l'élève, ce constat aurait été intéressant à examiner puisque McKenzie (2003) souligne dans ses écrits que l'implication des parents a davantage d'impact sur l'adoption de saines habitudes de vie chez les plus jeunes. Néanmoins, les résultats issus de l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé ont révélé une plus grande participation parentale chez les élèves plus jeunes et il

nous apparaît crucial d'amorcer ce type de stratégies d'éducation à la santé dès l'entrée à l'école.

De plus, les résultats font ressortir que diverses combinaisons du trio élève - parent - enseignant constitue un axe d'intervention prometteur en éducation à la santé. D'une part, les élèves s'engagent davantage lorsqu'ils sont suivis par leurs parents et dans une moindre mesure par les enseignants. D'autre part, les parents semblent influencés par le suivi des enseignants via le cahier-santé. À ce sujet, l'étude de Michaud (2002) révèle que les élèves du primaire se disent peu influencés par leurs enseignants en matière d'adoption de saines habitudes de vie. Pour 58% d'entre eux, ce sont leurs parents qui influencent leurs habitudes de vie alors que seulement 5% des élèves interrogés estiment que l'enseignant en ÉPS joue un rôle dans leurs choix. Mérini et ses collègues (2004) soulignent d'ailleurs que : « l'implication est reconnue comme l'apport majeur de ces pratiques [d'éducation à la santé], qu'il s'agisse de l'implication des enseignants, des parents ou des élèves. » (p. 34). En d'autres mots, la cohésion dans les relations entre les adultes semble favoriser l'engagement des élèves.

Des changements perceptibles chez les élèves

Même si le cahier-santé et le quadrathlon-santé représentent des stratégies d'engagement actif de courte durée, donc à impacts limités, certains changements, quoique modestes, ont pu être observés dans les comportements et les attitudes des élèves. Les parents et les enseignants rapportent majoritairement des changements qui s'apparentent à des prises de conscience des élèves concernant leurs habitudes de vie.

Prochaska, Johnson et Lee (1998) soulignent que la première étape permettant d'initier la modification d'une habitude de vie est justement la prise de conscience de ses habitudes ainsi que des conséquences sur sa santé. Il est intéressant de faire le parallèle avec la première composante « analyser les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé et son bien-être » nécessaire au développement de la compétence disciplinaire en ÉPS « adopter un mode de vie sain et actif » (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001). D'ailleurs, le programme de formation de l'école québécoise précise que « l'adoption d'un mode de vie sain et actif repose sur la prise de conscience des facteurs susceptibles d'affecter ses habitudes de façon positive ou négative » (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001, p.266). Ainsi, le cahier-santé et le quadrathlon-santé, à l'origine d'une conscientisation par les élèves de leurs habitudes de vie, apparaissent comme des stratégies permettant d'amorcer des modifications dans le mode de vie des enfants et de les inviter à passer à l'action.

D'un autre point de vue, de nombreux chercheurs estiment que les saines habitudes vie s'acquièrent dès le plus jeune âge (Gustafson et al., 2006; Malina, 2001). À ce propos, il est intéressant de noter que les changements observés par les parents et les enseignants sont plus fréquents chez les enfants les plus jeunes. Les deux stratégies utilisées misant sur la participation des parents pourraient être des pistes pertinentes pour inciter les élèves du primaire et plus particulièrement les élèves du préscolaire à adopter un mode de vie sain et actif et à poursuivre leur engagement jusqu'à l'âge adulte.

Dans cette étude, les parents sont plus nombreux à rapporter des changements liés à l'alimentation plutôt qu'à d'autres habitudes de vie. Les différents mécanismes, associés aux saines habitudes alimentaires et mis en œuvre à cette école et même dans les classes, favorisent certainement ces changements. Ce constat rejoint les conclusions de certains auteurs qui estiment que l'utilisation d'une combinaison de diverses stratégies d'éducation à la santé permet d'accroître l'efficacité de ces dernières (Allensworth, 1994; Ciliska et al. 2000).

Des pistes de recherches futures

La présente étude apporte un éclairage nouveau sur la façon dont des élèves d'âge préscolaire et primaire prennent part à des stratégies d'engagement actif à court terme visant le développement d'habitudes de vie saines et actives. Le regard porté sur les relations existant au sein du trio élève – parent – conduit pour sa part à des constats fort intéressants. En dépit de nouvelles évidences, certaines questions restent à approfondir.

Quels sont les facteurs qui incitent davantage l'élève à s'engager dans une stratégie d'éducation à la santé collective plutôt que dans une stratégie individuelle? Lors de l'expérimentation du cahier-santé et du quadrathlon-santé, les élèves se sont engagés de façon différente. Une meilleure compréhension des facteurs qui favorisent l'engagement des élèves dans des stratégies d'éducation à la santé collectives telles que le quadrathlon-santé constitue une piste de recherche qui mériterait d'être exploré.

Au sein de leur milieu familial, comment les parents accompagnent-ils leur enfant dans des stratégies visant l'adoption d'un mode de vie sain et actif? Il s'avèrerait

pertinent de décrire en profondeur les différents types de soutien que les parents peuvent accorder à leur enfant dans sa démarche d'adoption de saines habitudes de vie afin de mieux comprendre l'influence parentale sur les habitudes de vie de l'enfant. Leur soutien peut se manifester de nombreuses manières au sein de la famille comme par exemple par des encouragements ou des invitations à adopter de saines habitudes de vie.

Comment les enseignants favorisent-ils l'engagement des élèves dans des stratégies d'éducation à la santé telles que le cahier-santé et le quadrathlon-santé? Les résultats de la présente étude ne font pas ressortir de liens entre le suivi écrit des enseignants et le profil d'engagement de l'élève. Cependant, les enseignants révèlent lors des entrevues qu'ils intervenaient auprès de leurs élèves afin de soutenir leur démarche tout au long de l'étude. Par exemple, ils pouvaient encourager verbalement l'élève ou encore le questionner sur ses réalisations. Ainsi, le suivi des enseignants, vu sous l'angle des interventions éducatives faites en classe est une voie qui mérite elle aussi d'être étudiée.

Quelles sont les stratégies utilisées par les enseignants afin de favoriser la collaboration des parents dans des activités d'éducation à la santé et quel est le rôle de l'élève dans ce processus? Les données de l'étude révèlent que les traces écrites laissées par les enseignants influencent la participation des parents dans le suivi des élèves. Il y a lieu de se demander si les enseignants mettent en œuvre d'autres stratégies afin de favoriser la collaboration des parents en éducation à la santé de manière à en optimiser l'efficacité.

Quels sont les impacts des stratégies d'éducation à la santé telles que le cahier-santé et le quadrathlon-santé sur les habitudes de vie des élèves? Malgré le fait que cette étude ait été de courte durée, des changements ont pu être observés par les parents et les enseignants dans les habitudes de vie des élèves. L'étude des impacts de la mise en œuvre de telles stratégies sur les habitudes de vie des enfants constitue une avenue de recherche intéressante. Il pourrait s'agir, par exemple, de vérifier si ce type de stratégie permet à plus long terme d'observer une réelle modification des habitudes de vie et donc l'adoption d'un mode de vie sain et actif par l'élève.

RÉFÉRENCES

- Allensworth, D. (1994). The research base for innovative practices in school health education at the secondary level. *Journal of School Health*, 46(5), 180-187.
- Amschler, D. et McKenzie, J. (2005). Elementary students' sleep habits and teachers' observations of sleep-related problems. *Journal of School Health*, 75(2), 50-56.
- Arcand, L. (1998). *Bilan des perspectives de type "École en Santé" réalisées par les CLSC au cours de l'année scolaire 1996-1997*. Laval : Direction de la santé publique, régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.
- Arcand, L., Daigle, J.-Y., Lapointe, S., Moreau, M. et Rodrigue, Y. (1998). *Les compétences essentielles liées à la santé et au bien-être à intégrer au curriculum des enfants de l'éducation préscolaire et des jeunes du primaire et du secondaire au Québec*. Québec : Groupe interministériel sur les curriculums, volet santé et bien-être.
- Bertrand, L. (2004). Consommations alimentaires. Dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition* (pp. 89-102). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Bertrand L., Nadeau M., Stan S. et Paquette, M. (2002). Comportements alimentaires. Dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (pp. 293-309). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Blais, M. (2004). *La dynamique de l'intervention en éducation à la santé au primaire*. Thèse de doctorat. Québec : Université Laval, Faculté des sciences de l'éducation.

- Blais, M. et Collet, M. (2007). *Comment les éducateurs physiques aident-ils leurs élèves à adopter des habitudes de vie saines et actives?* Communication présentée au 75^e Congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, mai.
- Brunelle, J., Drouin, D., Godbout, P. et Tousignant, M. (1988). *La supervision de l'intervention en activité physique*. Montréal : Gaétan Morin Éd.
- Cameron, C., Craig, C.L. et Paolin, S. (2005). *Augmenter l'activité physique : Communiquer les avantages de l'activité physique pour les enfants : la perspective des parents*. Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.
- Cameron, C., Wolfe, R. et Craig, C.L. (2007). *Les opportunités pour l'activité physique dans les écoles canadiennes : Tendances de 2001-2006*. Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.
- Carrière, G. (2003). Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. Dans *Supplément aux Rapports sur la santé* (pp. 33-43). Ottawa : Statistique Canada.
- Castillo, F. (1987). *Le chemin des écoliers : l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Chaput J.-P., Brunet M. et Tremblay A. (2006). Relationship between short sleeping hours and childhood overweight/obesity: results from the 'Quebec en Forme' Project, *International Journal of Obesity*, 30, 1080-1085.
- Ciliska, D., Miles, E., O'Brien, M.A., Turl, C., Tomasik, H., Donovan, U. et Beyers, J. (2000). Effectiveness of community-based interventions to increase fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education*, 32(6), 341-352.

- Coderre, R. et Leclerc, A. (2005). *Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Trois-Rivières: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Cogérino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*. Paris : Éditions EPS.
- Coopé, M. et Schoonbroodt, C. (1992). *Guide pratique d'éducation pour la santé*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Corbin, C.B. (2002). Physical activity for everyone: What every physical educator should know about promoting lifelong physical activity. *Journal of Teaching in Physical Education*, 21, 128-144.
- Craig, C.L. et Cameron, C. (2004). *Augmenter l'activité physique : évaluer les tendances de 1998 à 2003*. Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.
- Craig, C.L., Cameron, C, Russell, S.J. et Beaulieu, A. (2001). *Créer un système propice des sports et des loisirs pour accroître l'activité physique*. Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.
- Cueto, S. (2001). Breakfast and dietary balance: The enKid study breakfast and performance. *Public Health Nutrition*, 4 (6A), 1429-1431.
- Davison, K., Cutting, T. et Birch, L. (2003). Parents' Activity-Related Parenting Practices Predict Girls' Physical Activity. *Medecine and Science in Sports and Exercise*, 35(9), 1589-1595.
- Deschesnes, M. et Lefort, L. (2004). *Portrait des initiatives québécoises de types « Écoles en santé » au niveau primaire*. Direction développement des

individus et des communautés. Institut national de santé publique du Québec.
Québec : Gouvernement du Québec.

Deslandes, R. (1996). *Collaboration entre l'école et les familles : Influence du style parental et de la participation parentale sur la réussite scolaire au secondaire*. Thèse de doctorat. Université Laval, Québec, Canada.

Deslandes, R. (1999). Une visée partenariale dans les relations entre l'école et les familles : Complémentarité de trois cadres conceptuels. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 3(1 et 2), 30-47.

Deslandes, R. (2001). L'environnement scolaire. Dans M. Hamel, L. Blanchet et C. Martin (Eds.), *6-12-17, nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire* (pp. 251-286). Sainte-Foy : Les Publications du Québec.

Dunkin, M.J. et Biddle, B.J. (1974). *The study of teaching*. New York : Holt, Rinehart and Winston.

Eccles, J.S. et Harold, R D. (1996). Family involvement in children and adolescents' schooling. Dans A. Booth et J. F. Dunn (Eds.), *Familyschool links : How do they affect educational outcomes?* (pp. 3-34). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Eisenmann, J., Ekkekakis, P. et Holmes, M. (2006). Sleep duration and overweight among Australian children and adolescents. *Acta Paediatrica*, 95, 956-963.

Epstein, J.L. (1992). School and family partnerships. Dans M. Alkin M. (Ed.), *Encyclopedia of Educational Research* (pp. 1139-1151). New York : MacMillan.

- Epstein, J.L. (1996). Family-school links: How do they affect educational outcomes? Dans A. Booth et J.F. Dunn (Eds.), *Familyschool links: How do they affect educational outcomes?* (pp. 209-246). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Epstein, J.L. (2001). *School, family, and community partnerships. Preparing educators and improving schools*. Boulder, CO : Westview Press.
- Freedman, D., Khan, L., Serdula, M., Dietz, W., Srivivivasan, S. et Berenson, G. (2005). The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa heart study. *Pediatrics*, 115, 22-27.
- Gouvernement du Québec (2005). *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes : recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Green, J., Tones, K. et Manderscheid, J.-C. (1995). Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école. *Revue Française de Pédagogie*, 114, 103-120.
- Guo, S.S., Wu, W., Chumlea, W.C. et Roche, A.F. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *American Journal of Clinical Nutrition*, 76, 653-658.
- Gustafson, S. et Rhodes, R. (2006) Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Medicine*, 36(1), 79-97.
- Hamel, M., Blanchet, L. et Martin, C. (Eds.) (2001). *6-12-17, nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Sainte-Foy : Les Publications du Québec.
- Hopper, C.A., Munoz, K.D., Gruber, M.B. et Nguyen, K.P. (2005). The effect of a family fitness program on the physical activity and nutrition behaviors of third-grade children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 76(2), 130-139.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (2001). *Rythmes de l'enfant : de l'horloge biologique aux rythmes scolaires*. Paris : INSERM.

International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (2005). *Symposia I: Role of family in children's physical activity and nutrition behaviours* [En ligne].

Accès: <http://www.isbnpa.org/pdf/ISBNPANewsletterAug2005.pdf>

Kann L., Collins J., Pateman B., Small M., Ross J. et Kolbe L. (1995). The School Health Policies and Programs Study (SHPPS): Rationale for a nationwide status report on school health. *Journal of School Health*, 65, 291-294.

King, A.J., Boyce, W.F. et King, M.A. (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada*. Ottawa : Santé Canada.

Kino-Québec. (1998). *Les jeunes et l'activité physique : Situation préoccupante ou alarmante?* Ministère des Affaires Municipales. Gouvernement du Québec.

Kino-Québec. (2004). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*. Ministère des Affaires Municipales, du Sport et du Loisir. Gouvernement du Québec.

Kremarik, F. (2000). L'activité sportive chez les enfants, une affaire de famille. Dans Statistique Canada. *Tendances sociales canadiennes*. (pp. 20-24). Ottawa: Statistique Canada.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Lazar, R.E. et Kulinna, P.H. (2002). Experiences with health-related fitness portfolios in physical education. *European Journal of Physical Education*, 7, 63-78.

- Lowry, Y.R., Wechsler, H., Galuska, D.A., Fulton, J.E. et Kann, L. (2002). Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity and gender. *Journal of School Health*, 72 (10), 413-421.
- Malina, R.M. (2001). Adherence to physical activity from childhood to adulthood: A perspective from tracking studies. *QUEST*, 53, 346-355.
- Manderscheid, J.-C. (1994). Modèles et principes en éducation pour la santé. *Revue Française de Pédagogie*, 107, 81-96.
- Manidi, M.J. et Dafflon-Arvanitou, I. (2000). *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Éducation à la santé par l'activité physique*. Paris : Masson.
- Martin, C. et Arcand, L. (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, du loisir et du sport.
- McKenzie, T. L. (1999). School health-related physical activity programs : What do the data say? *Journal of Physical Education, Recreation, and Dance* , 70(1), 16-19.
- McKenzie, T. L. (2003). Health-related physical education: Physical activity, fitness, and wellness. Dans S. Silverman et C. Ennis (Eds.), *Student learning in physical education: Applying research to enhance instruction* (2nd ed.), (pp. 207-226). Champaign, IL : Human Kinetics.
- McKenzie, T. L. et Sallis, J. F. (1996). Physical activity, fitness, and health-related physical education. Dans S. Silverman et C. Ennis (Eds.), *Student learning in*

physical education: Applying research to enhance instruction (pp. 223-246).
Champaign, IL: Human Kinetics.

Meijer A., Habekothé H. et Van den Wittenboer G. (2000). Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research*, 9(2), 145-153.

Mérini, C., Jourdan, D., Victor, P., Berger, D. et Peretti, C. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes : Éditions de l'école nationale de la santé publique.

Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*. Thèse de doctorat, Québec : Université Laval.

Ministère de l'Éducation du Québec (2001). *Programme de formation de l'école québécoise : Éducation préscolaire, Enseignement primaire*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Motta, D. (1998). Éducation pour la santé et disciplines scolaires : réflexions sur les expériences américaines et britanniques. *Recherche et formation*, 28, 79-99.

Nolin, B. et Hamel, D. (2005). Les Québécois bougent plus mais pas encore assez. Dans M. Venne et A. Robitaille (Eds.), *L'Annuaire du Québec 2006* (pp. 296-311). Montréal : Fides.

- OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Charte adoptée lors de la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa : OMS.
- OMS (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale – Rapport d'une consultation de l'OMS*. Genève : OMS.
- OMS (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Rapport du Secrétariat. Cinquante-septième assemblée mondiale de la santé, Genève, avril.
- Ornelas, I., Perreira, K. et Ayala, G. (2007). Parental influences on adolescent physical activity: a longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(3).
- Owens, J., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M., Alario, A. et Msall, M. (1999). Television viewing habits and sleep disturbances in school-aged children. *Pediatrics*, 104(3): 27.
- Paquin, R. (2000). *Écoles et quartiers en santé de St-Jérôme*. Saint-Jérôme : Direction de la santé publique, régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.
- Pelco, L.E. et Ries, R.R. (1999). Teachers' Attitudes and Behaviors Towards Family-School Partnerships. What School Psychologists Need to Know, *School Psychology International*, 20(3), 265-277.
- Perrin, C. (2003). Éducation pour la santé et Éducation Physique et Sportive : un pont à consolider. *La Santé de l'Homme*, 364, 9-47.
- Perrin, C. et Housseau, B. (2003). Jeunes et activités physiques et sportives : quelle place pour la santé? *La Santé de l'Homme*, 364, 9-47.

- Placek, J., Griffin, L. L., Dodds, P., Raymond, C., Tremino, F. et James, A. (2001). Middle school students' conceptions of fitness : The long road to a healthy lifestyle. *Journal of Teaching in Physical Education*, 20, 314-323.
- Pollitt, E. et Mathews, R. (1998). Breakfast and cognition: An integrative summary. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67, 804S-813S.
- Prochaska, J.O., Johnson, S., et Lee, P. (1998). The Transtheoretical Model of Behavior Change. Dans S.A. Shumaker, E.B. Schron, J.K. Okene, et W.L. McBee (Eds.), *The Handbook of Health Behavior Change* (2nd Edition) (pp. 59-84). New York : Springer Publishing Company.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. et DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good : a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York : Avon Books.
- Reilly, J., Methven, E., McDowell, Z., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. et Kelnar, C. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease Chidlhood*, 88, 748-752.
- Rivard, M-C. et Trudeau, F. (2007). Description de l'engagement d'étudiants en enseignement de l'éducation physique et à la santé dans la réalisation d'un contrat axé sur la compétence disciplinaire santé. *Res Academica*, 24(2).
- Robinson, T. (1999). Reducing children's television viewing to prevent obesity. *Journal of American Medicine Association*, 282(16), 1561-1567.
- Rowan, C., Vanier, C. et Léry, R. (2003). *École en santé en Montérégie : Recension des écrits et étude exploratoire*. Longueuil : Direction de la Santé Publique de la Montérégie.

- Sallis, J., McKenzie, T., Koloby, B., Lewis, M., Marshall, S. et Rosengard, P. (1999). Effects of health-related physical education on academic achievement : Project SPARK. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70, 127-134.
- Sallis, J., et McKenzie, T. (1991). Physical education's role in public health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62, 124-137.
- Sallis, J., Prochaska, J. et Taylor, W. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medecine and science in sports and exercise*, 32(5), 963-975.
- Santé Canada (2002). Guide d'activité physique canadien pour les jeunes [En ligne]. Accès : www.santecanada.ca/guideap
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Ed.). *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, (pp. 293-316). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Schwartz, M. (2007). The influence of verbal prompt on school lunch fruit consumption : a pilot study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(6).
- Shaw, M. (1998). Adolescent breakfast skipping : An Australian study. *Adolescence*, 33(132), 851-861.
- Shepard, R. (1997). Curricular physical activity and academic performance. *Pediatric Exercise Science*, 9, 113-126.
- Smith, M.A. et Claxton, D.B. (2003). Using active homework in physical education. *Journal of Physical Education, Recreation, and Dance*, 74(5), 28-32.

- Springer, A., Kelder, S. et Hoelscher, D. (2006). Social support, physical activity and sedentary behaviour among 6th grade girls : A cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(8).
- Stan, S. (2004). Comportements alimentaires. Dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition* (pp. 109-119). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- St-Leger, L. et Nutbeam, D. (2000) Finding common ground between health and education agencies to improve school health : Mapping goals, objectives, strategies, and inputs. *Journal of School Health*, 70(2), 45–50.
- Stone, E., McKenzie, T., Welk, G. et Booth, M. (1998). Effects of physical activity interventions in youth : Review and synthesis. *American journal of Preventive Medicine*, 15, 298-315.
- Strong, W.B., Malina, R.M., Blimkie, C.J., Daniels, S.R., Dishman, R.K., Gutin, B., Hergenroeder, A.C., Must, A., Nixon, P.A., Pivarnik, J.M., Rowland, T., Trost, S. et Trudeau, F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth, *Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-737.
- Taras H. et Potts-Datema, W. (2005). Sleep and student performance at school. *Journal of School Health*, 75(7), 248-254.
- Taylor, W., Baranowski, T. et Sallis, J. (1994). Family determinants of childhood physical activity : A social-cognitive model. Dans R. Dishman (Ed.) *Advances in exercise adherence* (pp. 319-341). Champaign, Ill : Human Kinetics.
- Tazawa, Y. et Okada, K. (2001). Physical signs associated with excessive television-game playing and sleep deprivation. *Pediatrics International*, 43, 647– 650.

- Tousignant, M. et Siedentop, D. (1983). A qualitative analysis of task structures in required secondary physical education classes. *Journal of Teaching in Physical Education*, 3, 47-57.
- Tremblay, M. et Willms, J. (2003). Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? *International Journal of Obesity*, 27, 1100-1105.
- Tremblay, M., Katzmarzyk, P. et Willms, J. (2002). Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *International Journal of Obesity*, 26, 538-542.
- Tribalat, T. (2003). Éducation à la santé : l'insuffisante formation des enseignants, *La Santé de l'Homme*, 364, 9-47.
- Trost, S., Sallis, J., Pate, R., Freedson, P., Taylor, W. et Dowda, M. (2003). Evaluating a model of parental influence on youth physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(4), 277-282.
- Turcotte, S. (2006). *L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique : analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire*. Thèse de doctorat, Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Virgillio, S. (1996). A home, school, and community model for promoting healthy lifestyles. *Teaching Elementary Physical Education*, 7(1), 4-7.
- Young, E., Fors, S. et Hays, D. (2004). Association between perceived parent behaviours and middle school student fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36(1), 2-12.

ANNEXES

ANNEXE A

Formulaire de consentement destiné aux parents



Université du Québec à Trois-Rivières
DSAP

Formulaire de consentement à l'intention des parents d'élèves de l'école primaire Sainte-Bernadette de La Commission scolaire de Chemin-du-Roy

Projet de recherche:

Un cahier-santé pour aider les élèves à adopter de saines habitudes de vie

Je, soussigné(e), _____ parent/tuteur de (nom de l'enfant) _____ accepte que mon enfant participe à une recherche portant sur un cahier-santé pour aider les élèves à adopter de saines habitudes de vie. L'objectif de la recherche et ses modalités m'ont été expliquées.

But : La participation de mon enfant à ce projet a pour but de fournir des informations portant sur l'adoption de saines habitudes de vie.

Tâches attendues de mon enfant :

- (a) Réaliser des défis santé à toutes les semaines (pendant six semaines);
- (b) Consigner ses défis dans son cahier-santé à chaque semaine.

Tâches attendues comme parent/tuteur :

- (a) Valider, accompagner et encourager mon enfant dans la réalisation de ses défis hebdomadaires (pendant six semaines).

Avantages/risques : Il m'a été expliqué que la participation de mon enfant à cette recherche lui permettra d'acquérir de nouvelles connaissances, de prendre conscience de son mode de vie, d'augmenter sa pratique d'activités physiques et potentiellement d'augmenter sa condition physique générale. Un bilan du cahier-santé sera remis à mon enfant. Il va sans dire que sa participation ne comporte aucun risque de quelque nature que ce soit.

Confidentialité : Je comprends que les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeureront strictement confidentielles; les résultats sont anonymes. La diffusion des résultats de recherche assurera en tout temps la confidentialité de l'ensemble des informations.

Participation volontaire : Je consens à ce que mon enfant participe à cette recherche sur une base volontaire; on m'a expliqué le déroulement de la recherche et on a répondu à toutes mes interrogations de façon à me donner le temps nécessaire pour prendre ma décision. Il m'est possible de retirer mon enfant à tout moment au cours de l'expérimentation.

Responsable de la recherche : Cette recherche fait l'objet d'un projet de maîtrise de l'étudiante Marie Collet et elle est dirigée par Marie-Claude Rivard, professeure au Département des sciences de l'activité physique (DSAP) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Des collaborateurs au projet de recherche, Mireille Blais et Claude Dugas, également professeurs au DSAP de l'UQTR et Dany Martin, directeur de l'école primaire Sainte-Bernadette participeront aussi à la réalisation du projet de recherche.

J'ai pris connaissance du contenu de ce formulaire et je choisis volontairement que mon enfant participe à cette recherche.

Signé à _____ le _____
Jour/mois/année

Nom de l'élève (caractères) / Niveau d'enseignement

Signature d'un parent/tuteur

Signature de la responsable du projet
Marie Collet

Signature de la directrice de recherche
Marie-Claude Rivard

Signature de la direction de l'école Sainte-Bernadette
Dany Martin

No d'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières : CER-05-96-07.01, certificat émis le 21 février 2005

ANNEXE B

Questionnaire à l'intention des parents



Université du Québec à Trois-Rivières
Département des sciences de l'activité physique

Trois-Rivières, le 13 juin 2005

Chers parents,

Nous tenons à vous remercier pour votre collaboration dans le cadre d'une étude portant sur la réalisation d'un *Cahier-santé* et d'un *Quadrathlon santé* par votre enfant (*Approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières : CER-05-96-07.01, certificat émis le 21 février 2005*). Le soutien que vous avez offert à votre enfant fut précieux pour mener à bien ce projet. En guise de bilan, vous êtes invité(e), sur une base volontaire, à compléter la partie détachable ci-dessous et à retourner cette section au titulaire de votre enfant (avant le 23 juin 2005).

Nous vous prions d'agréer, chers parents, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Marie Collet

Marie-Claude Rivard, Ph.D.

Mireille Blais, Ph.D.



Classe de votre enfant : _____

Titulaire : _____

1. Avez-vous été témoin de la participation de votre enfant au projet du Cahier-santé ou du Quadrathlon santé au cours des mois de mars et d'avril 2005?

Non ☐

Oui ☐

Si oui, s.v.p, répondre aux questions qui suivent

2. Globalement, comment qualifiez-vous l'engagement de votre enfant au cours de la réalisation de ses défis santé (3 semaines : Cahier-santé et 3 semaines : Quadrathlon santé)?

- Il (elle) ne s'est pas engagé(e) dans le projet ☐
- Il (elle) a fait peu de défis santé au cours des six semaines ☐
- Il (elle) a fait quelques défis santé ☐
- Il (elle) a fait plusieurs défis santé ☐
- Il (elle) a fait tous les défis santé proposés pendant le projet ☐

3. Avez-vous perçu des changements dans les comportements ou dans l'attitude de votre enfant suite à la réalisation du Cahier-santé ou du Quadrathlon santé?

Oui ☐ Non ☐ Je ne peux pas répondre à cette question ☐

Si oui, quels changements avez-vous perçus?

4. Souhaiteriez-vous que votre enfant participe à d'autres activités visant à l'aider à adopter de saines habitudes de vie?

Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐

Commentaires :

ANNEXE C

Guides d'entrevue

Guide d'entrevue à l'intention de la direction

Introduction

Remerciements d'usage.

Mise en contexte et relation de confiance (confidentialité et anonymat assurés).

Rappel de l'enregistrement sonore pour la transcription et l'analyse des informations.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

L'objectif de cette entrevue est de traduire le plus fidèlement possible VOTRE perception relativement à : (a) comment les élèves de l'école Ste-Bernadette s'engagent dans la réalisation du cahier-santé, (b) quelles sont les stratégies et les notions que vous souhaitez que votre équipe d'enseignants privilégient pour aider les élèves à adopter un mode de vie sain et actif.

L'entrevue permettra de cibler les éléments clés associés aux actions de la direction menant à des interventions pédagogiques en éducation à la santé.

L'entrevue est composée de différentes sections. La première...

1. Votre formation

- 1.1. Quelle est votre formation initiale? Quel est le diplôme obtenu?
- 1.2. Avez-vous suivi une formation continue reconnue et créditée?
- 1.3. Avez-vous un intérêt personnel pour la santé? (lectures, cours, etc.)

2. Vos expériences comme directeur d'établissement

- 2.1. Depuis combien d'années êtes-vous directeur au primaire?
- 2.2. Depuis combien d'années êtes-vous à cette école?
- 2.3. Qu'est-ce qui vous a amené à travailler au niveau primaire? (motivations personnelles ou autres)

3. Votre perception en lien avec le volet Santé dans le programme de formation de l'école québécoise

- 3.1. Que pensez-vous du Domaine général de formation « Santé et bien-être » dans le curriculum scolaire?
- 3.2. Que pensez-vous de l'ajout du volet «santé» à la discipline Éducation physique?
- 3.3. Comment ces nouvelles orientations se manifestent-elles au sein de l'école?

4. Les axes de formation en matière d'éducation à la santé à votre école

- 4.1 Quelles sont les mesures mises en place au sein de l'école?
- 4.2 Comment sont-elles perçues par le personnel de l'école (enseignants et autres)?

Au cours des dernières semaines (en lien avec le projet du cahier-santé)...

- 4.3 Comment qualifiez-vous l'engagement de vos élèves dans la réalisation de leur cahier-santé?
- 4.4 Comment qualifiez-vous l'engagement de votre équipe d'enseignants pendant l'expérimentation?
- 4.5 Avez-vous eu des contacts avec des parents en lien spécifique avec la réalisation des défis santé des élèves? Si oui, quels étaient-ils?

Depuis la fin du projet...

- 4.6 Avez-vous perçu des changements chez vos élèves suite à la réalisation des défis santé? (comportements, apprentissages, nouvelles habitudes de vie, etc.).
- 4.7 Souhaitez-vous poursuivre vos démarches visant à encourager vos enseignants à aider les élèves à adopter de saines habitudes de vie?

Conclusion

Avez-vous des remarques à formuler sur l'entrevue ou sur son déroulement en général?

En guise de conclusion, auriez-vous autres choses à ajouter concernant les défis santé réalisés par vos élèves?

Merci beaucoup de votre précieuse collaboration!

Guide d'entrevue à l'intention des enseignants

Introduction

Remerciements d'usage.

Mise en contexte et relation de confiance (confidentialité et anonymat assurés).

Rappel de l'enregistrement sonore pour la transcription et l'analyse des informations.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

L'objectif de cette entrevue est de traduire le plus fidèlement possible votre perception relativement à : (a) comment vos élèves s'engagent dans la réalisation du cahier-santé, (b) quelles sont les stratégies et les notions que vous utilisez visant à les aider dans leurs efforts d'adoption d'un mode de vie sain et actif.

L'entrevue permettra de cibler les éléments clés associés aux interventions spécifiques en éducation à la santé.

L'entrevue est composée de différentes sections. La première...

1. Votre formation

- 1.1. Quelle est votre formation initiale? Quel est le diplôme obtenu?
- 1.2. Avez-vous un intérêt personnel pour la santé? (lectures, cours, etc.)

2. Vos expériences comme enseignant(e)

- 2.1. Depuis combien d'années enseignez-vous au niveau primaire?
- 2.2. Depuis combien d'années enseignez-vous à cette école?

3. Votre perception en lien avec le programme de formation de l'école québécoise

- 3.1. Que pensez-vous du Domaine général de formation « Santé et bien-être » dans le curriculum scolaire?
- 3.2. Que pensez-vous de l'ajout du volet «santé» à la discipline Éducation physique?

4. Vos interventions en matière d'éducation à la santé auprès de vos élèves

- 4.1. Avez-vous eu l'occasion de faire des interventions relatives à l'éducation à la santé avant la mise en place du cahier-santé? Si oui, lesquelles?

- 4.2 Avez-vous participé à l'élaboration et à la critique du cahier-santé? Si oui, comment?

Lors de la réalisation du cahier-santé et du quadrathlon :

- 4.3 Avez-vous eu à intervenir collectivement en classe pour supporter votre groupe d'élèves dans leurs efforts visant à adopter un mode de vie sain et actif? Comment? Exemple?
- 4.4 Avez-vous eu à intervenir individuellement avec un élève pour le supporter dans ses démarches? Comment? Exemple?
- 4.5 Comment qualifiez-vous la participation de vos élèves dans la réalisation de leur cahier-santé? Du quadrathlon santé?
- 4.6 Avez-vous eu des contacts avec des parents en lien spécifique avec la réalisation des défis santé de vos élèves? Si oui, quels étaient-ils?
- 4.7 Avez-vous eu des difficultés à mettre en place le cahier-santé? Si oui, lesquelles? Le quadrathlon santé?
- 4.8 Selon vous, comment les élèves ont-ils apprécié la stratégie du cahier-santé? La stratégie du quadrathlon santé?
- 4.9 Avez-vous fait appel à des notions du cahier-santé ou du quadrathlon santé dans vos cours? Si oui, lesquelles? Dans quel cours?

Après le projet :

- 4.10 Avez-vous perçu des changements chez vos élèves suite à la réalisation défis santé? (comportements, apprentissages, nouvelles habitudes de vie, etc.).
- 4.11 Est-ce que le cahier-santé vous a permis d'aborder plus efficacement l'éducation à la santé avec vos élèves? Pourquoi?
- 4.12 Est-ce que le quadrathlon santé vous a permis d'aborder plus efficacement l'éducation à la santé avec vos élèves? Pourquoi?
- 4.13 Souhaitez-vous poursuivre vos efforts (interventions) pour aider vos élèves à adopter de saines habitudes de vie?

Conclusion

Avez-vous des remarques à formuler sur l'entrevue ou sur son déroulement en général?

En guise de conclusion, auriez-vous autres choses à ajouter concernant les défis santé réalisés par vos élèves?

Merci beaucoup de votre précieuse collaboration!

Guide d'entrevue à l'intention du spécialiste en ÉPS

Introduction

Remerciements d'usage.

Mise en contexte et relation de confiance (confidentialité et anonymat assurés).

Rappel de l'enregistrement sonore pour la transcription et l'analyse des informations.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

L'objectif de cette entrevue est de traduire le plus fidèlement possible votre perception relativement à : (a) comment vos élèves s'engagent dans la réalisation du cahier-santé, (b) quelles sont les stratégies et les notions que vous utilisez visant à les aider dans leurs efforts d'adoption d'un mode de vie sain et actif.

L'entrevue permettra de cibler les éléments clés associés aux interventions spécifiques en éducation à la santé.

L'entrevue est composée de différentes sections. La première...

1. Votre formation

- 1.1. Quelle est votre formation initiale? Quel est le diplôme obtenu?
- 1.2. Avez-vous suivi une formation continue reconnue et créditée?
- 1.3. Avez-vous un intérêt personnel pour la santé? (lectures, cours, etc.)

2. Vos expériences comme enseignant

- 2.1. Depuis combien d'années enseignez-vous au niveau primaire?
- 2.2. Depuis combien d'années enseignez-vous à cette école?
- 2.3. Qu'est-ce qui vous a amené à travailler au niveau primaire? (motivations personnelles ou autres)

3. Votre perception en lien avec le programme de formation de l'école québécoise

- 3.1. Que pensez-vous du Domaine général de formation « Santé et bien-être » dans le curriculum scolaire?
- 3.2. Que pensez-vous de l'ajout du volet «santé» à la discipline Éducation physique?

4. Vos interventions en matière d'éducation à la santé auprès de vos élèves

- 4.1. Avez-vous eu l'occasion de faire des interventions relatives à l'éducation à la santé avant la mise en place du cahier-santé? Si oui, lesquelles?
- 4.2. Avez-vous participé à l'élaboration et à la critique du cahier-santé? Si oui, comment?

Lors de la réalisation du cahier-santé et du quadrathlon :

- 4.3. Avez-vous eu à intervenir collectivement en classe pour supporter votre groupe d'élèves dans leurs efforts visant à adopter un mode de vie sain et actif? Comment? Exemple?
- 4.4. Avez-vous eu à intervenir individuellement avec un élève pour le supporter dans ses démarches? Comment? Exemple?
- 4.5. Avez-vous eu des contacts avec des parents en lien spécifique avec la réalisation des défis santé de vos élèves? Si oui, quels étaient-ils?
- 4.6. Selon vous, comment les élèves ont-ils apprécié la stratégie du cahier-santé?
- 4.7. Avez-vous soutenu ou discuté avec les titulaires pendant la réalisation du cahier et du quadrathlon? Si oui, comment?

Après le projet :

- 4.8. Avez-vous perçu des changements chez vos élèves suite à la réalisation des défis santé? (comportements, apprentissages, nouvelles habitudes de vie, etc.).
- 4.9. Souhaitez-vous poursuivre vos efforts (interventions) pour aider vos élèves à adopter de saines habitudes de vie?

Conclusion

Avez-vous des remarques à formuler sur l'entrevue ou sur son déroulement en général?

En guise de conclusion, auriez-vous autres choses à ajouter concernant les défis santé réalisés par vos élèves?

Merci beaucoup de votre précieuse collaboration!

ANNEXE D

Questionnaire sur les habitudes de vie des élèves

Quelles sont tes habitudes de vie?



Ton sommeil

Te sens-tu énervé durant la journée ?		Dors-tu au moins 10 heures par jour ?	
Jamais	Quelques fois par semaine	Jamais	Quelques fois par semaine
4	3	1	2
Tous les jours	Plusieurs fois par jour	La plupart des nuits	
2	1	3	

Ressens-tu de la fatigue durant la journée ?		As-tu des difficultés à t'endormir ?	
Jamais	Quelques fois par semaine	Jamais	Quelques fois par semaine
4	3	3	2
Tous les jours	Plusieurs fois par jour	Tous les jours	
2	1	1	

= /14

Tes connaissances

Connais-tu et peux-tu écrire les quatre groupes alimentaires ?		Combien d'heures doit dormir un enfant d ton âge chaque jour ?	
Non, aucun	Oui, deux groupes	8 heures	12 heures
a	b	a	b
Oui, trois groupes	Oui, tous les groupes	10 heures	8 heures
c	d	c	d

De combien d'os est formé ton squelette ?		Combien de minutes d'activité physique devrais tu faire ?	
Environ 1000	Environ 500	15 minutes	30 minutes
a	b	a	b
Environ 300	Environ 200	20 minutes	10 minutes
c	d	c	d

Les différents groupes alimentaires

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

= /16

Quelles sont tes habitudes de vie?

En mars 2005

Ton alimentation

Manges-tu des fruits et des légumes ?		Bois-tu de l'eau ?	
Jamais	Quelques fois par semaine	Jamais	1 à 2 verres d'eau par jour
1	2	1	2
Tous les jours	Plusieurs fois par jour	3 à 4 verres d'eau par jour	5 verres d'eau et + par jour
3	4	3	4

Prends-tu trois repas par jour ?		Déjeunes-tu avant d'aller à l'école ?	
Jamais	1 à 3 fois par semaine	Jamais	Quelques fois par semaine
1	2	1	2
4 à 5 fois par semaine	Tous les jours	Tous les jours	
3	4	3	

= /15

Ta pratique d'activité physique

Prends-tu les escaliers plutôt que l'ascenseur ?		Vas-tu jouer dehors ?	
Jamais	Quelques fois par semaine	Jamais	Quelques fois par semaine
1	2	1	2
Tous les jours	Plusieurs fois par jour	Tous les jours	Plusieurs fois par jour
3	4	3	4

Vas-tu à l'école à pied ?		Fais-tu au moins 20 minutes d'activité physique en dehors de tes cours d'EPS ?	
Jamais	1 à 2 fois par semaine	Jamais	1 à 4 fois par semaine
1	2	1	2
3 à 4 fois par semaine	Tous les jours	5 fois et + par semaine	
3	4	3	

= /15

Comment remplir le questionnaire?

Pour chaque question, tu vas devoir entourer la réponse qui te convient. Ensuite, tu additionnes les points que tu as eus pour chaque catégorie et tu les reportes à la page 5.

Pour la partie connaissance, tu trouveras le nombre de points correspondant à chaque réponse ci-dessous.

Le nombre de points que tu as obtenu dans chaque catégorie t'indiquera quels sont les défis que tu dois faire le plus souvent. Par exemple, si tu as juste 5/14 dans la partie alimentation il faudra que tu fasses des défis « alimentation » plus souvent.

Résultats de la partie « Tes connaissances »

Question 1 : a = 1point, b = 2 points, c = 3 points, d = 4points

Question 2 : a = 1point, b = 3 points, c = 4 points, d = 2 points

Question 3 : a = 1point, b = 2 points, c = 3 points, d = 4points

Question 4 : a = 2 points, b = 4 points, c = 3 points, d = 1point

Quels sont tes résultats?

Ton alimentation = /15

+

Ta pratique
d'activités
physiques

= /15

+

Ton sommeil

= /14

+

Tes
connaissances

= /16

=

Ton total

/60

Que signifie ton résultat?

En lien avec ta santé globale...

50 à 60 points : Bravo!!! Tu sembles avoir de bonnes habitudes de vie, continue!

40 à 49 points : C'est bien, tu es sur la bonne voie!

30 à 39 points : Encore un petit effort, tu vas y arriver!

20 à 29 points : Il y a des efforts à faire, courage!

0 à 19 points : Tu as des progrès à faire mais tu en es capable!